Rok XLVII. Kraków, dnia 26. grudnia 1908. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uwagi kliniczne, dotyczące badania okolicy biodrowo-kątniczej.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski.

(Dokończenie).

Rozejrzawszy się we właściwościach wyrostka robaczkowego, mających doniosłe znaczenie przy jego badaniu, przechodzę teraz do sprawy wyczuwalności wyrostka. Wyrostka szukam w ten sposób, że najpierw odszukuję kątnicę, biorąc za punkt oparcia mięsień biodrowo-lędźwiowy (*m. ileo-psoas*) i prowadząc badanie u chorego leżącego z podniesioną i obróconą na zewnątrz prawą kończyną dolną. Nie zmieniając położenia chorego, na wewnątrz od kątnicy szukam wyrostka, prowadząc zgiętymi palcami ręki z dołu ku górze i z zewnątrz ku wewnątrz. Z badania w ciepłej kąpieli korzystam w odpowiednich przypadkach i przy badaniu wyrostka robaczkowego. Ten sposób badania jest o wiele owocniejszy, niż badanie, oparte na obznajomieniu się ze stanem niektórych punktów na przedniej powierzchni brzucha, polecanych przez niektórych badaczy, jako punkty oparcia przy odszukiwaniu wyrostka i odgrywających wielką rolę przy rozpoznawaniu jego zapalenia.

Już dawno było wiadomo, że, pomijając samoistne bole w okolicy wyrostka, dla jego zapalenia znamienna jest bolesność przy ucisku na powłoki brzuszne na mniej lub więcej znacznej przestrzeni, zwłaszcza zaś w prawej okolicy biodrowej. Szczególną zasługę Mc Burneya stanowi ta okoliczność, że z tego ogólnego pasma nadczułości wyodrębnił on jeden punkt na powierzchni brzucha, który, jego zdaniem, ściśle odpowiada miejscu odejścia wyrostka od kątnicy. Bolesność tego punktu, zwanego punktem Mc Burneya, przy naciskaniu nań stanowi według Mc Burneya i innych, objaw znamienny, prawie patognomoniczny dla zapalenia wyrostka. Przyznając temu punktowi ogromne rozpoznawcze znaczenie, autorowie nie zgadzają się jednak co do jego położenia: większość uważa za punkt Mc Burneya punkt, leżący w środku linii kolcowo-pępkowej. To określenie nie odpowiada jednak opisowi samego Mc Burneya. Istotnie Mc Burney powiada: »Mojem zdaniem w każdym przypadku miejsce największego bolu, oznaczone uciskiem palcem, leży ściśle na odległości $1^1/_2$ lub 2 palców od górnego przedniego kolca kości biodrowej na linii, łączącej ten kolec z pępkiem«. Na innem miejscu powiada Mc Burney, że jego »punkt leży o $1^1/_2$ (3 cm) lub 2 palce (5 cm) na wewnątrz od kolca, więc wogóle na odległości 4—5 cm od górnego przedniego kolca biodrowego«, a więc, na zewnątrz od środka linii kolcowo-pępkowej. Już ta okoliczność, że autorowie określają położenie tego tak ważnego pod względem rozpoznawczym punktu niejednakowo, zmuszała ostrożnie przyjmować twierdzenie, że ten punkt odpowiada początkowi wyrostka, a z drugiej strony dawała do myślenia, czy istotnie bolesność przy ucisku na ten punkt jest znamiennym objawem zapalenia wyrostka. To rozumowanie znalazło poparcie i w spostrzeżeniach klinicznych, które stwierdziły brak równoległości między stanem wyrostka, a bolesnością punktu Mc Burneya. Okazało się mianowicie, że bolesność przy ucisku na punkt Mc Burneya zdarza się i u ludzi zdrowych (Küttner), również nieraz u ludzi, cierpiących na neurastenię i zwłaszcza histeryę, u których nieraz jednocześnie znajdujemy i powierzchowne punkty bolesne, nazwane przez Sturmdorfa rzekomymi punktami Mc Burneya. U osób ostatniej kategoryi zdarza się tak często bolesność splotów nerwowych w różnych częściach jamy brzusznej wogóle i w prawej zatoce biodrowej w szczególności, bez jednoczesnych zmian anatomicznych wyrostka, że rozpoznawanie zapalenia wyrostka jedynie na zasadzie bolesności punktu Mc Burneya byłoby wysoce niepewne. Z drugiej strony bolesności przy ucisku na punkt Mc. Burneya nie wykryto w szeregu zapaleń wyrostka o nader wyraźnym obrazie klinicznym, n. p. w nader pouczającym przypadku Lanza, i odwrotnie znajdowano ją w schorzeniu innych narządów bez jednoczesnego zajęcia wyrostka. Ze 126 przypadków Prof. Jaworskiego i Łapińskiego, w których wyrostek był wyraźnie wyczuwalny i był niebolesny, wykrywało badanie punktu Mc Burneya w 26 bolesność, na 276 zaś przypadków wyczuwalnego i bolesnego wyrostka punkt Mc Burneya był bolesny zaledwie w 107 (39,7%). Poszukiwania anatomiczne wkrótce również wyjaśniły, że, wbrew poglądowi Mc Burneya, jego punkt tylko w rzadkich przypadkach odpowiada odejściu wyrostka od kątnicy, zwykle zaś odpowiada on zachyłkowi biodrowo kątniczemu (*recessus iliocoecalis*), w którym znajdują się według Kellinga, splot biodrowo-kątniczy nerwu współczulnego, według zaś Quénu i Lennandera, również gruczoły chłonne, ulegające przy zapaleniu wyrostka sprawie zapalnej. Najnowsze doświadczenia Lanza z wkłuwaniem

długich igieł dowiodły również, że punkt Mc Burneya odpowiada nie odejściu wyrostka od kątnicy, lecz temu punktowi wewnętrznego brzegu okrężnicy wstępującej, który leży nad miejscem odejścia wyrostka o 4—5 cm. wyżej; tylko w wyjątkowych razach, n. p. przy nagromadzeniu się w wielkiej ilości płynu w jamie brzusznej, punkt Mc Burneya odpowiadał w zupełności odejściu wyrostka od kątnicy. Wszystkie te dane nie przemawiają za uznawaniem bolesności uciskowej punktu Mc Burneya za cechę znamienną zapalenia wyrostka (Küttner, Kelling, Hausman, Sturmdorf i in.): brak tej bolesności nie wyłącza zapalenia wyrostka, obecność zaś nie jest nieodzownym dowodem jego istnienia. W takim stanie rzeczy niema rozpoznawczego znaczenia również rozpromienianie się bolów przy ucisku na punkt Mc Burneya.

Podobny los spotkał i inne punkta na przedniej powierzchni brzucha, podane przez autorów, jako punkta oparcia przy szukaniu wyrostka i przy rozpoznawaniu jego zapalenia. Tak więc Munro polecił w tym celu punkt, leżący na skrzyżowaniu się linii kolcowo-pępkowej z brzegiem zewnętrznym mięśnia prostego. Punkt ten leży u dorosłych w odległości 6 cm od przedniego górnego kolca kości biodrowej, więc nieco na wewnątrz od punktu Mc Burneya. Badania Keitha na 50 zwłokach dowiodły jednak, że punkt Munro nie odpowiada odejściu wyrostka od kątnicy, lecz częściej odpowiada zastawce okrężnicy: w 22 (44%) przypadkach punkt ten w zupełności odpowiadał wymienionej zastawce, w 14 leżał niżej i na wewnątrz, wreszcie w 14 wyżej i na zewnątrz; miejsce zaś odejścia wyrostka od kątnicy leży o 2 cm niżej od zastawki okrężnicy, więc w większości przypadków niżej zarówno od punktu Munro, jak i od punktu Mc Burneya. Clado twierdzi, że początek wyrostka odpowiada skrzyżowaniu się zewnętrznego brzegu mięśnia prostego z linią prostopadłą, przeprowadzoną od przedniego górnego kolca kości biodrowej, Lenzmann określa jego położenie na linii międzykolcowej w odległości 5—6 cm na lewo od przedniego górnego kolca prawej kości biodrowej, Sonnenburg na skrzyżowaniu się linii międzykolcowej z zewnętrznym brzegiem mięśnia prostego, więc na wewnątrz i niżej od punktu Mc Burneya, wreszcie Lanz twierdzi, że początek wyrostka odpowiada linii międzykolcowej w miejscu połączenia środkowej $^1/_3$ z prawą. Znaczenie swego punktu popiera Lanz badaniami, dokonanemi na 20 zwłokach zapomocą wkłuwania długich igieł. Badania te bowiem dowiodły, że jego punkt w zupełności odpowiada miejscu odejścia wyrostka lub w każdym razie leży bardzo blizko niego. Jeśli jednak zwrócimy się do danych klinicznych, to wszystkie te punkty tracą przypisywane im znaczenie punktów znamiennych. Istotnie, w badaniach Prof. Jaworskiego i Łapińskiego na 270 wyczuwalnych i bolesnych wyrostków punkt Lenzmana był bolesny zaledwie 79 razy (29,2%), na 225 zaś wyczuwalnych i niebolesnych wyrostków był bolesny 27 razy (12%). W moich badaniach na 50 bolesnych wyrostków punkt Lanza był bolesny 22 razy (44%), na 35 zaś niebolesnych wyrostków 5 razy (8,5%). Wspomnę wreszcie, że badania Sprengla na 92 zwłokach stwierdziły, że początek wyrostka robaczkowego, w rzucie (projekcyi) na przednią ścianę brzuszną, wypadał 36 razy (39,1%) na linii kolcowo-pępkowej, 30 razy niżej, 4 razy wyżej od tej linii, 4 razy na linii międzykolcowej, 5 razy niżej od niej i 13 razy w miednicy małej. W ostatnim czasie Morris podał jeszcze jeden punkt na linii kolcowopępkowej w odległości $1^1/_2$ palca (prawie 4 cm) od pępka. Punkt ten odpowiada według Morrisa, prawemu zwojowi współczulnemu. Bolesność tego punktu występuje nietylko w ostrych przypadkach zapalenia wyrostka, lecz, co ważniejsza, również w postaciach przewlekłych, gdy wszystkie bole miejscowe już znikły. Badania moje przemawiają jednak przeciwko znamiennemu znaczeniu i tego punktu: na 50 bolesnych wyrostków punkt Morrisa był bolesny 11 razy (22%), na 35 zaś niebolesnych 8 razy (22,9%).

Ze wszystkiego tego, co wyżej przytoczyłem, wynika, że, choćby wysoce cennem, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych, było uznawane przez większość klinicystów (nawet Sprengla) znaczenie bolesności przy ucisku na punkt Mc Burneya, to wszakże rozpoznawanie zapalenia wyrostka może zejść na tory fałszywe, jeśli za jego podstawę brać przeważnie bolesność punktu Mc Burneya lub innych wyżej wymienionych. Wyszukiwanie najboleśniejszego punktu w okolicy kątnicy nie przez lekarza, lecz przez samego chorego, — jak to poleca taki znawca zapalenia wyrostka robaczkowego, jak Sprengel, — nie zmienia, według moich spostrzeżeń, zasadniczo przytoczonego właśnie wniosku, jakkolwiek muszę się zgodzić ze Sprenglem, że dla rozpoznania skrycie leżących wysięków samo badanie chorego może dać nam cenne wskazówki. Wobec tego wszystkiego przychylam się poniekąd do wniosku Hausmana, który mówi: »Względem bolesności punktu Mc Burneya, jako oznaki przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, należy się zachowywać bardzo sceptycznie...«; »jak wogóle bolesność przy ucisku pewnej części brzucha nie dowodzi niczego i nie wskazuje niezawodnie na zmiany pewnego narządu, tak również bolesność okolicy biodrowej brzucha i punktu Mc Burneya...«; »nie wystarcza oznaczyć bolesności przy ucisku w pewnej okolicy, lecz trzeba wyczuć znajdujące się w niej narządy i określić, który z nich mianowicie jest bolesny...«

Przechodzimy więc teraz do nader ważnego zagadnienia o wyczuwalności wyrostka robaczkowego i o znaczeniu danych, uzyskanych przez takie badanie, w dyagnostyce.

Do niedawna większość klinicystów zgadzała się w tem, że prawidłowy wyrostek robaczkowy nie jest dostępny dla obmacania (Nothnagel, Rose, Schmidt). Inni znów uznawali, że prawidłowy wyrostek można wyczuć tylko w przypadkach wyjątkowych (Lenzmann, Ewald i inni). Zdaniem wreszcie wielu, wyrostka nie wyczuwa się nawet wtedy, gdy jest zgrubiały wskutek zmian patologicznych. W przeciwieństwie do tego poglądu, twierdzi Ewald, że w warunkach pomyślnych »udaje się wyczuć wyrostek, leżący na wewnątrz i poziomo, zwłaszcza, gdy on przedstawia zgrubienie patologiczne«. Według Edebohlsa, wyrostek łatwo się wyczuwa w razie zapalenia. Hausman w swej rozprawie wywodzi, że przy pewnych warunkach można wyczuć nietylko zgrubiały wyrostek, lecz »czasami nawet zdrowy wyrostek, nie bolesny, nie stwardniały i nie zgrubiały«. Znamienną cechą wyczuwalnego wyrostka jest, jego zdaniem, ta okoliczność, że wyrostek nie daje przy badaniu kruczenia i nie zmienia swej zbitości i objętości. Tem się on różni od leżącego w sąsiedztwie kątniczego

odcinka jelita biodrowego, od okrężnicy poprzecznej, która dość często opuszcza się łukowato ku dołowi, dochodząc do zatoki biodrowej, wreszcie od pętli okrężnicy esowatej, opadających czasami również do okolicy kątnicy. W rozpoznaniu w tych razach dopomaga znacznie i ta okoliczność, że opadnięte części okrężnicy dają się odsunąć palcami w zwykłe swe położenie. Według Boasa »w przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego można czasami wyczuć bardzo wyraźnie wyrostek w kształcie zupełnie okrągłego, bolesnego tworu; z drugiej zaś strony w całym szeregu przypadków przewlekłego zapalenia wyrostka nie udaje się to nietylko przy jednorazowem, lecz i przy kilkakrotnem badaniu; w innych wreszcie przypadkach, w których uda się istotnie coś wyczuć, niepodobna wcale rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą skurczoną część jelit grubych, czy pętlę jelit, czy fałdy i t. d...«. W przeciwieństwie do tych zdań, Prof. Jaworski i Łapiński, badając 800 mężczyzn, którzy nie mieli objawów zapalenia wyrostka i nie przechodzili tej choroby przedtem, wyczuli wyrostek na 412 (51,5%). W moich badaniach, przeprowadzonych sposobem wyżej przytoczonym, wśród 510 mężczyzn wyczułem wyrostek u 250 (49%). Jeśli nawet przypuścić, że niektóre ze zbadanych przez Prof. Jaworskiego z Łapińskim i przezemnie osób przebyły niegdyś zapalenie wyrostka, wobec tego, że w wyrostku znajdowano przy sekcyi znaczne zmiany wtenczas, gdy za życia żadnych objawów jego zapalenia nie było, to nawet i w takim razie nie można nie dojść do wniosku, że prawidłowy wyrostek może być istotnie w wielu przypadkach, wbrew panującemu ogólnie poglądowi, wyczuwany. Zdawałoby się wobec tego, że ta okoliczność zwiększa pewność w rozpoznawaniu zapalenia wyrostka i ułatwia je. Tak też rozumie tę sprawę Hausman, gdy twierdzi, że »zupełnie udowodnione jest zapalenie wyrostka tylko wtenczas, gdy uda się wyczuć go i zbadać bezpośrednio«; »w istocie«, jego zdaniem, »tylko wyczuwanie bolesnego lub zgrubiałego i stwardniałego wyrostka daje nam prawo z przekonaniem rozpoznawać przewlekłe zapalenie wyrostka«. Badania Prof. Jaworskiego z Łapińskim jak i moje dowodzą jednak, że bolesność i zgrubienie wyrostka, którym Hausman przypisuje znaczenie rozstrzygające, można spotykać u osób, które nigdy nie przechodziły zapalenia wyrostka i u których nie stwierdza się objawów tej choroby podczas badania. I tak Prof. Jaworski z Łapińskim wśród 412 wyczuwalnych wyrostków u takich osób znaleźli wyrostek 270 (69,9%) razy bolesny; wśród tych 270 wyrostków było 47 nader cienkich i gładkich, a 59 bardzo grubych; z pomiędzy grubych wyrostków było 18 niebolesnych, a 41 bolesnych. W 64 przypadkach (15,5%) z 412 ból przy ucisku na wyrostek rozpromieniał się, mianowicie do nadpępcza 25, do pępka 18, w lewo i do lewej okolicy biodrowej brzucha 18, do prawego podżebrza 3; w 3 przypadkach bole rozpromieniały się odrazu do dwóch miejsc, mianowicie do nadpępcza i pępka, do nadpępcza i spojenia łonowego, wreszcie do nadpępcza i na lewo. Ze zbadanych przezemnie przypadków wyrostek był również bolesny w 146 (58,4%), jakkolwiek badane osoby zapalenia wyrostka nie przechodziły i objawów tej choroby nie miały.

Oczywistą więc jest rzeczą, że ani wyczuwalność wyrostka robaczkowego, ani jego bolesność przy badaniu nie mogą być znamieniem pewnem i nieodzownem przy rozpoznawaniu zapalenia wyrostka. Wbrew Hausmanowi te oznaki podzielają los punktów Mc Burneya, Lenzmanna i innych, których bolesność nadarza się i bez zapalenia wyrostka. Niepewną cechą jest również jednoczesne istnienie bolesności wyrostka i bolesności punktów Mc Burneya i Lenzmanna i innych. I tak, wśród 800 przypadków, zbadanych przez Prof. Jaworskiego z Łapińskim, jednoczesne istnienie bolesnego i wyczuwalnego wyrostka z bolesnością punktów Mc Burneya i Lenzmanna spostrzeżono 63 razy (7,8%), jakkolwiek u badanych nie było żadnych objawów zapalenia wyrostka. Wobec tego wszystkiego zgadzam się z Lejarsem, gdy powiada: »L'appendicite n'est point une maladie, que l'on diagnostique au bout du doigt, d'une pression localisée en tel ou tel point donné«. Jedynie staranne badanie kliniczne, obejmujące nietylko wszystkie narządy, leżące w okolicy biodrowo-kątniczej, lecz i cały ustrój, w połączeniu ze szczegółowymi wywiadami, może dać nam takie dane, które, wzięte za podstawę naszych rozumowań, mogą uchronić nas od mylnego rozpoznania. Jedynie pod warunkiem takiego szczegółowego zbadania każdego przypadku, badanie bolesności tak samego wyrostka, jak i punktów Mc Burneya, Lenzmanna i innych może nabrać nader ważnego znaczenia rozpoznawczego. Zwłaszcza dotyczy to tych przypadków, gdy ta bolesność występuje w punkcie ściśle ograniczonym w okolicy kątnicy bez jednoczesnej bolesności już to samodzielnej, już to uciskowej w innych miejscach jamy brzusznej, gdzie się znajdują sploty i zwoje nerwowe, więc wzdłuż kręgosłupa, zwłaszcza zaś w lewej zatoce biodrowej z jej dolnym splotem krezkowym.

Kończąc na tem badanie okolicy biodrowo-kątniczej zapomocą macania, muszę poświęcić jeszcze kilka słów badaniu oburęcznemu tej okolicy przez powłoki brzuszne i odbytnicę resp. przez pochwę u kobiet. Badanie takie może w znacznej mierze ułatwić wyjaśnienie sprawy chorobowej w okolicy kątnicy, zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy sprawa szerzy się z jamy miednicy małej lub odwrotnie z okolicy wyrostka robaczkowego posuwa się ku dołowi. Szerzenie się sprawy z wyrostka ku dołowi zdarza się nieraz, zwłaszcza u kobiet. I tak, Rinne wśród 370 kobiet, zbadanych w tym kierunku, znalazł podczas operacyi zmiany chorobowe w okolicy wyrostka i przymacicza prawego u 41 (11%); tę łączność rozpoznano lub przypuszczano jeszcze przed operacyą w $^2/_3$ wszystkich przypadków, w $^1/_3$ zaś była ona nieoczekiwana, lub rozpoznanie zapalenia wyrostka było mylne. Dla rozpoznania w tych przypadkach szczególnie doniosłem jest oznaczenie zapomocą badania oburęcznego siedziby i stopnia ruchomości prawego jajnika. W samej rzeczy więzadło wieszadłowe jajnika, łączące go bezpośrednio z wyrostkiem, skraca się, jak wiadomo, w zapaleniu wyrostka robaczkowego; odpowiednio do tego jajnik odsuwa ku górze i leży wtedy czasami nawet powyżej wejścia do miednicy (Gottschalk). Temu towarzyszy jednoczesne ograniczenie ruchomości jajnika i jego bolesność. Przeciwnie, głębokie położenie prawego jajnika, zupełne zachowanie jego ruchomości i niebolesność wyłączają w większości przypadków przewlekłe zapalenie wyrostka. Rzeczą jest zrozumiałą, że badanie oburęczne należy prowadzić bardzo ostrożnie, ponieważ w przy-

padkach ropni badanie nagłe może wywołać pęknięcie ropnia.

Przechodzę teraz do badania okolicy biodrowo-kątniczej zapomocą opukiwania i osłuchiwania. Pod względem doniosłości otrzymywanych zapomocą tych metod wyników zarówno opukiwanie, jak i osłuchiwanie okolicy kątnicy zajmuje stanowisko podrzędne. Mimo to nie należy pomijać metody opukowej, ponieważ może ona w odpowiednich przypadkach ułatwić nam rozpoznanie wysięku i jego siedziby. W tym celu należy, rzecz prosta, stosować możliwie ciche opukiwanie, które pozwala uchwycić nawet bardzo nieznaczną różnicę odgłosu opukowego. Bardzo pożyteczne pod tym względem, jak stwierdzają moje spostrzeżenia, jest tu t. zw. graniczne opukiwanie (Schwellenwertsperkussion) Goldscheidera. W niektórych razach, n. p. w przypadkach nowotworu, dobre wyniki otrzymujemy przez opukiwanie okolicy kątnicy z jednoczesnem rozdymaniem jelit powietrzem (Runeberg, Sonnenburg), kwasem węglowym (v. Ziemssen), lub chemicznie czystym wodorem (Bardeleben). Najgorętszymi zwolennikami rozdymania okrężnicy są zwłaszcza Sonnenburg i Lenzmann. Twierdzą oni, że ta metoda pozwala odróżnić przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego od jego nowotworów. Z ich bowiem spostrzeżeń wynika, że nowotwór, który zajmuje ścianę kątnicy na całym obwodzie, występuje przy rozdymaniu okrężnicy nader wyraźnie, ponieważ jelito nie może się rozszerzyć. Zupełnie jednak słusznie zaznacza pod tym względem Kelly, że nowotwór może w początkowym okresie swojego rozwoju ograniczyć się do zajęcia jedynie tylnej ściany kątnicy i wobec tego może nie przeszkadzać rozszerzeniu tego odcinka jelit przy rozdymaniu okrężnicy przez odbyt. Z drugiej znów strony także i w zapaleniach wyrostka robaczkowego mogą w prawej zatoce biodrowej wytworzyć się tak rozległe zrosty, że kątnica traci właściwość rozszerzania się przy rozdymaniu jelit przez odbyt.

Nim skończę z opukiwaniem, wspomnę jeszcze o jednym objawie opukowym, którego opisu nie spotkałem w piśmiennictwie, lecz który może mieć znaczenie rozpoznawcze. W tych przypadkach, gdy poza kątnicą, która zachowała swą ruchomość, lub z tyłu za kątniczym odcinkiem jelita biodrowego leży jakikolwiek zbity twór, n. p., powiększony gruczoł chłonny, szybkie oderwane uderzenie młotka o pukadło, leżące na ścianie brzusznej, wywołuje czasami osobliwy szmer, przypominający rechotanie żab. Szmer ten powstaje wskutek tego, że ruchoma pętla jelitowa pod silnemi oderwanemi uderzeniami młotka opukowego wyślizguje się z pod pukadła w bok. Zjawisko to może w przypadkach analogicznych zdarzać się i w innych częściach jamy brzusznej. O doniosłości rozpoznawczej tego objawu zdołałem przekonać się nieraz, zwłaszcza podczas studyów na klinice mojego mistrza, ś. p. Prof. Tadeusza Pasternackiego.

Na osłuchiwaniu w okolicy kątnicy, jako na metodzie, prawie nie mającej znaczenia praktycznego, zatrzymywać uwagi nie mam zamiaru.

Piśmiennictwo. Albu. Deutsche mediz. Wochenschrift 1905, Nr 25—26. — Boas. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego 1906 r. (tłómacz. rosyjsk.). — Blumberg. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr 24. — Braune. Das Venensystem des menschlichen Körpers. Leipzig, 1887. — Mc Burney. New-Jork Medical Journal 1889, str. 678. — Chase. Przytaczam podług wyciągu w Therap. Monatsh. 1908, wrzesień. — Ciechanowski i Gliński. Wykład na X. Zjeździe lekarzy i przyrod. polskich, 1907. — Dubois. Appendicité et hystérie. Rozprawa. Paryż, 1900. — Ewald. Die Krankheiten des Darmes und des Bauchfells, 1902. — Filimowski. Przegląd lekarski 1903, Nr 42. — Gottschalk. Deutsche mediz. Woch. 1908, Nr 22, str. 986. — Haim. Centralblatt für Chirurgie 1908, Nr 1. — Herz. Wiener klin. Rundschau 1902, Nr 10. — Hausman. Russkij Wracz 1906, Nr 27. — Jaworski i Łapiński. Przegląd lekarski 1908, Nr 3—4. — Kausch. Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. inn. Med. u. Chir. 1907 i Beiträge zur Hysterie in der Chir. 1907, ibidem, t. 17. — Kester. Russkij Wracz 1908, Nr 10—11 — Krüger. Deutsche Zeitschr. f. Chir., t. 91. — Lanz. Centralblatt für Chir. 1908 15. II., str. 185. — Lejars. La Semaine médicale 1908, Nr 11. — Lennander. Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Mediz. u. Chir. 1902, t. 10, — Lenzmann. Die entzündlichen Erkrankungen des Darms in der Regio ileo-coecalis, 1901, Berlin. — Merkel. Handbuch d. topograph. Anatomie, 1899, t. II. — Moullin. British med. Journal 1908, Nr 2487. — Morris. Journal of the American Med. Assoc. 1908, 25. I. — Nast-Koll. Centralbl. f. Chir. 1908, Nr 28. — Nowicki. Lwowski tygodnik lekarski. 1908, Nr 12—16. — Obrazcow. Wracz, 1892, Nr 12 i Bolnicznaja Gazeta Botkina 1899, Nr 32. — Peiser. Münch. med. Woch. 1903, Nr 41. — Perondi. Przytaczam podług Centralblatt f. Stoffwechsel- und Verdauungskrankh. 1902, Nr 2. — Rose. Deutsche med. Woch. 1901. — Rothe. Centralbl. f. Chir. 1908, Nr 11. — Rovsing. Centralblatt f. Chir. 1907, Nr 43. — Rinne. Deutsche med. Woch. 1908, Nr. 27. — Rostowcew. Uczenie o perityflitic. Rozprawa Petersburg, 1902. — Ribbert. Virchow's Archiv, t. 132. — Sherren. The Lancet, 19. IX. 1903. — Singer. Pseudoappendicitis und Ileocoecalschmerz, 1905. — Sonnenburg. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1894 i Deutsche Klinik 1901. — Sudsuki. Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1901, t. 7. — Sprengel. Deutsche Chir. 1906, zesz. 46 d.—Sturmdorf. New-Jork Med. Journal 1908, 18. I. przytaczam podług Lejarsa. — Tretzel. Münch. med. Woch. 1907, Nr 30. — Kraus. Archiv f. Chir. 1892. — Weiss. Wien. klin. Wochenschr. 1902, Nr 19—20.

Oceny i sprawozdania.

Rak sutka.

(Sprawozdanie poglądowe).

Napisał

Dr Adolf Klęsk.

Wyniki lecznicze przy raku sutka możemy uważać zarazem za probierz skuteczności naszej walki z rakiem wogóle, z jednej bowiem strony rak sutka należy do najczęstszych (porządek częstości: macica, żołądek, sutek), a z drugiej przez swą siedzibę dozwala wcześnie rozpoznać i leczyć, śledzić dokładnie przebieg cierpienia, tworzenie się nawrotów i t. p. Dzięki też temu otrząsnęliśmy się z wielu, że tak powiem, przesądów, które dawniej w nauce o raku zajmowały dość poważne miejsce. I tak obecnie przy rozpoznawaniu cierpienia nie zwracamy już zbytniej uwagi na wiek chorej, bo z doświadczenia wiemy, że wprawdzie podejrzane cierpienie u osoby starszej często okazuje się rakiem, że jednak i u młodych osób rak nie należy do rzadkości i u osób takich zwykle przebiega nawet bardzo złośliwie. Jedną n. p. z najgroźniejszych postaci jest zdarzająca się u osób młodszych tak zwana *mastitis carcinomatosa* (Volkmann), t. j. nagły rozwój raka wśród ciąży. U osób starszych spotyka się często niewątpliwe raki, jednak o przebiegu bardzo powolnym, niemal łagodnym. Chore zgłaszają się twierdząc, że cierpienie rozwijało się od bardzo dawnego czasu; jak na tak długi czas rozwoju, spotykamy zmiany zadziwiająco małe. W podobnych przypadkach operacya, nieraz nawet nie bardzo rozległa, daje wcale dobre wyniki. Skuteczność operacyi nie zależy dziś wcale od wielkości samego guza (Korteweg), bo właśnie nieraz małe guzki dają najszybsze nawroty. Steinthal dzieli raki sutka, ze względu na złośliwość przebiegu, na 3 grupy: 1) raki o powolnym przebiegu, przy skórze ruchomej i małych gruczołkach w pasze; 2) raki rosnące szybciej, zrastające się ze skórą; gruczoły pachowe dość znaczne; 3) raki rosnące szybko, zrastające

się ze skórą; powiększone gruczoły pachowe, nadobojczykowe i t. p. Pierwsza grupa daje według Steinthala 75% wyleczeń po operacyi, druga już zaledwo połowę, a w trzeciej nawroty są prawie nieuniknione.

Skuteczność operacyi raka sutka, prócz doświadczenia i biegłości operującego, nie zależy tyle od wielkości i rodzaju zabiegu, ile od przyrody i postaci raka. Operować powinno się jak najwcześniej. Wczesne operowanie zależy jednak często nie od nas, ale od chorych, a te zjawiają się zwykle wtedy, gdy guz zaczyna im dolegać lub rosnąć; wtedy należy on zwykle do grupy drugiej lub trzeciej Steinthala. Wobec tego nie należy wahać się z operacyą przy wątpliwym nawet co do swej przyrody guzku sutka. Słusznie też mówi de Quervain, że ze względu na rozmaitą złośliwość raków sutka powinno się operować niezwłocznie każdy guz sutka, a wyjątek czynić można jedynie w razie zupełnej pewności, że guz jest i będzie łagodnym, n. p. przy zwyrodnieniu włóknisto-gruczolakowem, rozsianem w obu sutkach równocześnie. Czekać na zjawienie się wymacalnych gruczołów (w pasze) nie wolno, bo obecność gruczołów dowodzi wprawdzie raka, ale też daleko już posuniętego. Gruczoły wyczuwalne zjawiają się zwykle dopiero w 1—1½ lat od początku choroby (Angerer). Zwykle najpierw powiększa się gruczoł na dolnym brzegu mięśnia piersiowego wielkiego, na wysokości trzeciego żebra. Nieraz mimo rzekomego braku wyczuwalnych gruczołów, znajduje się ich i tak bardzo wiele przy operacyi. Jasną jest rzeczą, że zabiegi, wykonywane wcześnie, niejako zapobiegawczo, mogą być znacznie więcej zachowawcze.

Dziedziczność przy raku sutka daje się stwierdzić zaledwo w 10% przypadków. Bole zjawiają się zwykle już bardzo późno. Wciągnięcie brodawki sutkowej (przez co brodawka po stronie zdrowej znajduje się niżej) występuje często przy raku, ale także dopiero w okresach późniejszych; z drugiej strony zdarza się wciągnięcie brodawki także i wskutek blizn przy innych sprawach chorobowych, jak po ropniach sutka, zapaleniu śródmiąższowem i t. p. Nieprzesuwalność guza jest dość dla raka znamienna, ale nie w okresach bardzo wczesnych, chyba, że rak występuje już na tle innego poprzednio przebytego cierpienia.

Z badań Handleya wynika, że rak sutka szerzy się nie w skórze, lecz po powięzi powierzchownej drogami limfatycznemi. W badaniach swoich znajdował Handley komórki rakowe, przy zdrowej zupełnie skórze, nawet w drogach limfatycznych około pępka. Wobec tego poleca Handley przy raku operacyę bardzo rozległą, a mianowicie usuwanie wszystkich gruczołów pachowych, mięśnia piersiowego wielkiego i małego, kawałków mięśnia zębatego wielkiego i zewnętrznego skośnego, a zwłaszcza powięzi powierzchownej od obojczyka aż na dwa palce pod wyrostkiem mieczykowatym i to od środkowej linii ciała aż do linii pachowej. W razie powiększenia gruczołów nadobojczykowych (III rodzaj Steinthala) lepiej już nie operować wcale, zwłaszcza, że wtedy nie rzadko bywają także zajęte gruczoły pozamostkowe, wobec czego jesteśmy już bezsilni.

Dla większej pewności naświetlają niektórzy ranę operacyjną odrazu promieniami Röntgena (Don), przypalają gorącem powietrzem (Mauclaire) lub zmywają 1% chlorkiem cynku. Przy oczyszczaniu dołu pachowego Mauclaire przepala nożyczki i zmienia je często, podobnie i igły; od czasu stosowania tych ostrożności miewa znacznie rzadziej nawroty w kanałach ukłuć (szwach). Morison naświetla zapobiegawczo po operacyi długi czas bliznę, a Wight radzi podawać chorym po operacyi przez 2 lata wewnętrznie brom i arszenik.

Przechodzę do sprawy nawrotów. Występują one po operacyach zwykle albo jako rozsiane guzki, leżące często powierzchownie w bliźnie lub w skórze, albo jako już głębsze guzy i nacieki, zajmujące gruczoły, żebra i t. d.; albo też powstają przerzuty w narządach wewnętrznych. Depage stwierdził, że gdy koło roku 1875 nawroty w miejscu operacyi stanowiły 75%, a w oddalonych miejscach zaledwo 7·5%, to obecnie stosunek ten jest odwrotny. Obecnie nawroty miejscowe stanowią 29%, a w oddalonych narządach 23%. Przypisać to należy stosowaniu więcej doszczętnych zabiegów. Dawniej już miejscowe nawroty kładły kres życiu chorych i na nawroty oddalone poprostu czasu nie było. Te oddalone nawroty (przerzuty) występują w płucach, wątrobie, kościach (udo, ramię, kręgosłup, miednica i t. p.). Nawroty mogą wystąpić w różnym czasie po operacyi; czas ten bywa niekiedy bardzo długi, tak, że obecnie o zupełnem wyleczeniu mówić można na pewno dopiero po 5 latach (od czasu operacyi) wolnych od nawrotu.

W leczeniu pooperacyjnem zaszły zmiany o tyle, że obecnie zwraca się baczną uwagę na stan krążenia krwi i limfy w kończynie górnej, stosuje się z tego względu odpowiednie opatrunki i wczesne wykonywanie ruchów. Evans nie ustala zupełnie ramienia po operacyi, Berndt, Kader, Cheyne i inni układają całą kończynę lub samo ramię w opatrunku poziomo. Lexer uzyskuje dobre wyniki przez wyciągnięcie i zawieszenie kończyny do góry. Heile w tych przypadkach, gdzie można zachować mięsień piersiowy mały, odcina go od żebra, zostawiając przyczep przy wyrostku kruczym, oczyszcza tylną powierzchnię z tkanki tłuszczowej i przyczepia szwami katgutowymi wachlarzowato do mięśnia kapturowego i zębatego. Przez to przeszczepiony mięsień ochrania naczynia pachowe, nie dozwalając im zrastać się ze skórą, co bywało właśnie często powodem zaburzeń krążenia i obrzęków kończyny. Thomas zapobiega obumieraniu skóry z powodu silnego napięcia przy pokrywaniu ubytku, przez nakłucia w kilku miejscach i przyszycie do mięśni międzyżebrowych.

Jak należy postępować w razie nawrotu? Nawroty miejscowe staramy się o ile możności jeszcze operować ponownie, choć zdaniem Le Dentu operacye takie, jak wycinanie żeber, mostka, obojczyka, wyłuszczenie ramienia, są z niewielkimi wyjątkami tak mało zachęcające, iż lepiej już leczyć objawowo (paliatywnie). Nawroty dolegają chorym z powodu gwałtownych bolów, które pochodzić mogą z ucisku nerwów, lub też są wyrazem przerzutów w kręgosłupie (Delore, Ballivet, Poncet). Tam, gdzie pierwotnie, czy następowo nie można już operować doszczętnie, obowiązani jesteśmy przynajmniej przynieść chorym ulgę. Do tego celu zalecano prócz leczenia objawowego wycinanie jajników, leczenie promieniami Röntgena, radem i fulguracyę.

Wycinanie jajników stosowano w Anglii za przykładem Beatsona z Glasgowa, który pierwszy wykonał ten zabieg u dwóch chorych i u jednej uzyskał mimo nawrotu pewną poprawę. Boyd wyciął jajniki w wielu przypadkach; w jednym, w którym nawrót objął i żebra, otrzymał podobno zupełne wyleczenie (12 lat po operacyi). Lett zebrał 99 przypadków nieoperowanego raka sutka, leczonych za pomocą trzebienia. Z tego w 23·2% nastąpiła poprawa (w 13·1% nawet bardzo wielka). Jeżeli trzebienia dokonano przed 50. rokiem życia, to wynik był jeszcze znacznie lepszy (poprawa w 41·3%). Stosowanie trzebienia polega na spostrzeżeniu, że raki u kobiet starszych, a więc tam, gdzie czynność jajników już ustaje, miewają przebieg łagodniejszy, a u osób młodych, w ciąży i t. p. bardzo ostry. Polepszenie po trzebieniu cechuje: złagodnienie bolów, przybytek sił, gojenie się owrzodzeń, a czasem zmniejszanie się guza, jego przeobrażenie włókniste. Morison posunął się dalej i u osób młodych łączył odrazu doszczętną operacyę raka sutka z trzebieniem.

Co do stosowania rentgenizacyi w »nieuleczalnych« przypadkach, to i tu spotyka się nieraz wzmianki o polepszeniach. Sequedra twierdzi, że pod wpływem radyoterapii, przy odpowiedniem dawkowaniu znikają nieraz małe guzki i obrzęk górnej kończyny, ale wyleczenia S. ani razu nie spostrzegał. Podobnie podług Seliga leczenie radem wpływa nieraz korzystnie, łagodząc bole, natomiast o wyleczeniach na razie mowy niema.

Wielkie nadzieje zaczęto pokładać w fulguracyi raków. Pierwsze doniesienia Keating-Harta, a potem Czernego były wcale korzystne; przy fulguracyi pierwotnego ogniska znikać miały podobno nawet i przerzuty z gruczołów. Keating-Hart odsłania nowotwór z pokrywających go części miękkich, następnie fulguruje go, a w końcu wyjmuje, przyczem podobno wystarczy wycinać nowotwór na granicy, a nie daleko w częściach zdrowych. Potem następuje ponowna fulguracya. Juge, współpracownik Keating-Harta, zwraca uwagę na wybitne działanie fulguracyi na bole, tak że już złagodzenie bolów uzasadnia stosowanie fulguracyi przy nieuleczalnym raku. Po wyjęciu guza i fulguracyi rany goją się nader szybko. Inni jednak badacze nie mogli dopatrzeć się tak korzystnego działania fulguracyi. Laquer i Arndt nie zauważyli, by komórki rakowe przez fulguracyę ulegały zniszczeniu, Hoffmann sądzi, że fulguracya działa podobnie, jak sztuczne wywoływanie róży lub jak pankreatynina, t. j. wywołuje odczynowe zapalenie w otoczeniu nowotworu, przyczem i proteolityczne fermenty leukocytów odgrywają rolę. Juge przytacza między innemi 2 przypadki raka sutka, gdzie operacya była już niemożebna, a po fulguracyi udało się nawet pierś zachować, dalej przypadek rozległego *cancer en cuirasse* z owrzodziałymi przerzutami w gruczołach pod pachą, wyleczony za pomocą fulguracyi z gładką blizną, a wreszcie dwa przypadki, wyleczone fulguracyą, gdzie możnaby było jeszcze wykonać operacyę, ale rozległą, a gdzie przez fulguracyę przy małym zabiegu osiągnięto wynik bardzo pomyślny. Czerny

obecnie wyraża się już znacznie oględniej o fulguracyi, niż dawniej. Natomiast z kliniki Biera doniesienia są zupełnie niepomyślne. Wprawdzie po fulguracyi ustępowały bole i rany goiły się, ale pod zdrowo wyglądającemi granulacyami rozrastały się raki sutka dalej (Schultze). Podobnie niekorzystnie o fulguracyi wyrażają się Nagelschmied i Strebel. Bądź co bądź jednak nie ulega wątpliwości, że przy cuchnącym rozpadzie nowotworu i bolach mamy na razie w fulguracyi wcale dobry środek objawowy.

Przebiegając ogólnie przytoczone powyżej dane, stwierdzamy, że obecnie nie zwraca się tak uwagi na budowę drobnowidową raka, jak dawniej. Pochodzi to stąd, że wprawdzie badanie anatomiczno-patologiczne raka oddaje nieraz cenne usługi, n. p. rozpoznawcze, jednak na kliniczny przebieg sprawy nieraz zupełnie światła nie rzuca, nie wyjaśnia n. p., dlaczego ten sam rak raz jest więcej, a raz mniej złośliwy.

Ocenianie wyników skuteczności operacyi z porównywania statystyk poszczególnych operatorów lub zakładów niema wielkiej wartości, choćby i z tego względu, że ogłaszane wyniki i liczby statystyczne ogromnie różnią się od siebie. Gdy n. p. jedni chwalą się bardzo wielką liczbą wyleczeń, to już nawet Depage podaje liczbę wyleczeń na 46·5%, Finsterer (z ostatnich lat z kliniki Hohenegga) na 25%, Wunderli na 18%, a Henry tylko na 7%, a nie brak i takich, którzy wyleczenie zupełne uważają za wyjątek. Te różne wyniki pochodzą stąd, że rak nie jest jakąś zawsze tą samą jednostką chorobową, ale że klinicznych rodzajów raka mamy bardzo wiele; dalej różnica ta pochodzi z różnych sposobów operowania i różnego doboru przypadków. Nie należy zapominać też o tem, że dopiero po 5 latach można mówić o wyleczeniu zupełnem, a aż do tego czasu należy nazywać dobry wynik tylko »brakiem nawrotu«.

Z tych też powodów niniejsze sprawozdanie oparłem głównie na dyskusyach zjazdów w sprawie raka sutka, gdyż przy takiej wspólnej wymianie myśli i nie krępowaniu się »złą statystyką« wiele ciekawych spostrzeżeń, uwag i szczegółów na jaw wychodzi.

Piśmiennictwo. 1) Korteweg (II międz. Zjazd chir. 1908). — 2) Steinthal (Beitr. z. kl. Chir. T. 46 Spl.). — 3) De Quervain (II M. Z. ch. 1908). — 4) Handley (Tamże). — 5) Mauclaire (Tamże). — 6) Morison (76 zebr. Brit. med. Assoc.). — 6) Depage (II M. Z. ch.). — 7) Evans, Cheyne, Thomas (76 zebr. Brit. med. Assoc.). — 8) Heile (Münch. med. Wochft. Nr 30, 1908). — 9) Lett (Lancet 28/I 2905 ref. Kron. lek.). — 10) Juge (A. prov. de chir. 1908, Nr 8). — 11) Benckisser i Krumm (Deut. m. Wochft 1908, Nr 10). — 12) Nagelschmidt (Deut. med. Wochft 1908, Nr 10). — 13) Strebel (Deut. med. Wochft 1908, Nr 14). — 14) Czerny (Münch. med. Woch. 1908, Nr 6). — 15) Schultze (Deut. med. Wochft. 1908, Nr 41). — 16) Berndt (Znblt f. Chir. 1907, Nr 38). — 17) Finsterer (Deut. Zft f. Chir. T. 89 I—IV). — 18) Wunderli (Deut. Zft f. Chir. T. 84, Z. IV—VI). — 19) Selig (Pos. niem. tow. lek. Praga 20/III 1908).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Jakowski. **Upusty krwi i wlewanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej w tężcu.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1908, Nr 47—48). Surowica przeciwtężcowa działa korzystnie stosowana wczas, niejako zapobiegawczo, i według Behringa nie później, jak w 30 godzin od początku choroby. Działanie później już wstrzykniętej surowicy jest bardzo wątpliwe. Wobec tego wszelkie inne sposoby lecznicze przy tężcu są zupełnie uprawnione. Wychodząc z zasady, że przy objawach zatrucia ustroju pożyteczne być powinno usunięcie pewnej ilości krwi zatrutej i wprowadzenie w jej miejsce (w celu przepłukania ustroju) roztworu fizyologicznego soli kuchennej, zaczął Jakowski na oddziale szpitala Dzieciątka Jezus stosować te zabiegi bezpośrednio jeden po drugim i po kilka razy w miarę potrzeby. W 2 przypadkach stosował takie leczenie po poprzedniej próbie użycia surowicy, w 2 innych bez leczenia swoistego. Wszyscy chorzy wyzdrowieli. W podobny sposób postępował także i Tuffier, tylko stosuje on większe upusty krwi (500—700 cm^3) i wlewania (1200—1400); natomiast Jakowski upuszcza krwi około 250 do 300 cm^3, a roztworu soli wstrzykuje podskórnie około 500 cm^3. Prócz tego podobne leczenie stosował Jakowski w mocznicy, śpiączce cukrzycowej i zatruciu tlenkiem węgla. Dla lekarza na prowincyi leczenie to jest dostępne i łatwe. Krew upuszcza się przez nakłucie żyły, które oczywiście musi być wykonane bardzo czysto, podobnie jak i wlanie roztworu soli. *K.*

Renner. **Zakażenie wąglikowe z niewielkimi objawami miejscowymi.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 34). Chory autora był rzeźnikiem i zakaził się przy biciu bydlęcia chorego na wąglik. Mimo dokładnego odkażania popękanych rąk na 4. dzień po zakażeniu wytworzył się niewielki czerwononiebieskawy pęcherzyk, wypełniony treścią surowiczo-krwawą, zawierającą prócz prątków wąglika ziarniaki. Z krwi chorego wyrosły czyste hodowle wąglika. Przypadek ten zakończył się śmiercią po 5 dniach choroby. W krwi chorego zauważono w preparacie świeżym znaczną leukocytozę, ciałek jednak nie liczono. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Prócz wybroczyn w jelitach, powiększenia gruczołów krezkowych, zmian zresztą nie znaleziono. Badanie mikroskopowe wykryło we krwi i narządach wewnętrznych liczne prątki wąglika. *Dr Skórczewski.*

Jochmann i Baetzner. **O działaniu roztworów zaczynu trypsynowego na miejscową chirurgiczną gruźlicę i o leczeniu spraw ropnych przeciwzaczynem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 48). W poprzednich swych pracach zajmował się Jochmann działaniem proteolitycznem zaczynu leukocytów, jakoteż przeciwzaczynu. Przeciwzaczyn polecono do leczenia ostrych spraw ropnych, sam zaś zaczyn do leczenia spraw zimnych, gruźliczych. Obecnie starał się J. uzyskać czysty zaczyn w ten sposób, że przez wstrzykiwania olejku terpentynowego u ludzi wywoływał ropnie i z ropy tej starał się wydobywać zaczyn. Prócz tego uzyskiwał zaczyn ze szpiku kostnego, śledziony i t. p., strącając go wyskokiem, wyciągając wodą glicerynową i t. d. Wśród tych badań przekonał się J., że trypsyna, uzyskana z trzustki wołu, świni i t. p. działa zupełnie podobnie, jak zaczyn proteolityczny, dlatego też przeszedł do badań z trypsyną, używając 1% roztworu trypsyny kupnej Kahlbauma z dodatkiem 0·5% fenolu. Jak wiadomo, ropa gruźlicza nie zawiera zaczynu leukocytów wielojądrzastych. Z tego też powodu trawienie ciał białkowatych, a przez to wessanie ropy gruźliczej jest utrudnione. Przez dodatek zaczynu ciała białkowate ulegają peptonizacyi i przez to wessanie się ułatwia. Prócz tego zaczyn pobudza tkanki okoliczne do szybszego wytwarzania ziarniny. Wstrzykiwania trypsyny w tych celach nie są wcale szkodliwe. W zupełnie przeciwnym kierunku idą doświadczenia z leczeniem ostrych spraw ropnych przeciwzaczynem. W ropie gorącej znajduje się bardzo dużo zaczynu, powstałego z rozpadu ciałek wielojądrzastych. Zaczyn ten w sprawie gojenia jest koniecznie potrzebny, ale nie w zadużej ilości. Jeżeli zaczynu zbierze się za dużo, to zjawiają się zmiany ogólne, jak gorączka i objawy zatrucia, co da się stwierdzić i doświadczalnie na zwierzętach, jakoteż klinicznie; po wypuszczeniu ropy opada zaraz ciepłota, a w razie nagromadzenia się ropy znowu się podnosi. Leczenie więc przeciwzaczynem reguluje naturalne środki ochronne i lecznicze ustroju. Przeciwzaczyn uzyskuje się z płynu wodniaka jądra lub płynu przesiękowego z brzucha.

Rzecz tę zastosował praktycznie w klinice Biera Baetzner. Trypsyną leczono tam sprawy gruźlicze tak zamknięte, jak i otwarte. Wstrzykiwano przesączony 1% roztwór trypsyny (w fizyol. roztworze soli kuchennej) w ilości 1—2 cm^3 Wstrzykiwania te nie są bolesne, lecz sprawiają tylko krótkie pieczenie. Przy ropniach zamkniętych wynik był uderzający. Ropa zmieniała się szybko nastepowo w płyn surowiczy, jamy wypełniały się ziarniną i w końcu ropnie znikały zupełnie. Ziarnina w ogniskach gruźliczych buja pod wpływem tego leczenia żywo. Przetoki, nawet uporczywe, goją się przy tem leczeniu, nawet przy sprawach kostnych. Leczenie przeciwzaczynem nadaje się jedynie przy sprawach ostrych ściśle ograniczonych, jak ropniach i t. p.; tu ropa znika prawie zaraz. Natomiast przy sprawach rozlanych leczenie przeciwzaczynem nietylko nic nie pomaga, ale jest czasem wprost szkodliwe, jeżeli się postępuje bez otwarcia ogniska, lecz przez wyciąganie podskórne ropy. *Klęsk.*

Prof. Friedrich. **O chirurgii płuc, zwłaszcza o nowszych chirurgicznych usiłowaniach leczenia rozedmy i gruźlicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 47—48). Operacye płucne dzielimy na działające: 1) wprost na płuco, 2) na płuco przez opłucną otwartą, 3) przez opłucną nieotwartą. Śródpłucne operacye znajdują zastosowanie przy ropniach, zgorzeli, zranieniach, rozszerzeniach oskrzeli i t. p. Stosujemy tu nacięcia, wycięcia

miąższu, a nawet amputacye płatów. Gluck polecił przy guzach uciskających tchawicę lub oskrzela zabieg, nazwany *bronchiotomia postica* od tylnego śródpiersia. Droga prowadzi przez wycięcie 3 lub 4 żeber; w kilka minut dostać się można do wnęki płuc. Podobnie śródpłucnie operujemy przy promienicy płuc i bąblowcu. Natomiast śródpłucne operacye przy gruźlicy nie znalazły wielu zwolenników. Przetoki oskrzelowe obszywa się obecnie celem zamknięcia miąższem płucnym; podobnie oskrzele po amputacyi płatu. Wszystkie te zabiegi wykonać można bez pomocy kamer Sauerbrucha i Brauera. Przyrządy te są wprawdzie nieraz bardzo potrzebne, n. p. przy próbnem otwieraniu klatki piersiowej, zaopatrywaniu ran serca i płuc, wycinaniu nowotworów płuc i klatki piersiowej, ale jak na razie są zbyt skomplikowane i drogie, i dlatego nie dla każdego operatora dostępne.

Operacye, działające na płuca przez jamy opłucne bez naruszania miąższu, dotyczą w pierwszym rzędzie stwarzania sztucznej odmy piersiowej dla wywołania zapadnięcia się płuca, celem leczenia gruźlicy. Forlanini wprowadza do opłucnej stopniowo zwolna azot, Murphy i Brauer natomiast odrazu przez nacięcie opłucnej żebrowej wprowadzają większe ilości gazu (do 3500 cm³). W niektórych przypadkach jam gruźliczych zabieg ten oddaje znakomite usługi, ciepłota opada, zmniejsza się kaszel i plwocina, poprawia się stan ogólny i t. p.

Niestety często zrosty opłucne przeszkadzają wpędzaniu gazu i wtedy użyć musimy innych zabiegów. Najważniejszym z nich jest operacya z grupy trzeciej, t. j. zadziałanie na płuco bez otwarcia jamy opłucnej, przez rozległe wycięcia żeber i wywołanie przez to zapadania się płuca. Zabieg ten nadaje się także bardzo dobrze do leczenia rozedmy płuc. Jednakże do operacyi niewiele przypadków wybrać można, bo należy tu brać w rachubę przedewszystkiem stan serca, nerek i t. p. F. na podstawie swego doświadczenia poleca przy rozedmie wycinać większe kawałki żeber (4—6 cm długie) i usuwać także tylną okostną i ochrzęstną, w przeciwnym bowiem razie skutki operacyi utrzymują się tylko pewien czas, a potem znikają. Operować tu należy ostrożnie, by nie otworzyć opłucnej. Wyniki F. są wcale zachęcające. Natomiast nie uznaje F. zupełnie skuteczności przecinania pierwszego żebra w początkowych okresach gruźlicy płuc. Przedewszystkiem rozpoznanie początków gruźlicy jest zawsze bardzo niepewne. Natomiast bardzo dobre wyniki można otrzymać w odpowiednich przypadkach gruźlicy przez zupełne usunięcie żeber (od 2—10) z jednej strony. F. operował w ten sposób już 10 chorych. Przeciwwskazaniem do operacyi są powikłania gruźlicze w innych narządach i zły stan ogólny. Po operacyi takiej płuco zapada się, przez co wspomagamy postęp zmian włóknistych. Wynik zwykle bywa bardzo dobry; stan ogólny poprawia się rychło. *K.*

Laryngologia i otyatrya.

Ferd. Alt. **Operacyjne leczenie porażenia nerwu twarzowego pochodzenia usznego.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1908, str. 285). Autor opisuje różne sposoby operacyjne, służące do wytworzenia połączenia między nerwem twarzowym, a podjęzykowym, lub też dodatkowym, zaproponowane przez Faure i Fureta. W pewnych razach udaje się przez samo uwolnienie nerwu twarzowego od otaczającej go tkanki ziarninowej i blizn lub też mas kostnych, przywrócić w nim przewodnictwo, choć nieraz na skutek czekać należy bardzo długi czas. Tam jednak, gdzie nerw twarzowy został zniszczony na pewnej przestrzeni, można próbować przywrócenia jego czynności jedynie zapomocą połączenia go z jednym z sąsiednich nerwów. W jednym ze swych przypadków Alt wszczepił nerw twarzowy do nerwu podjęzykowego, postępując w ten sposób: Bezpośrednio poza małżowiną odpreparowano nerw twarzowy w tem miejscu, gdzie on wychodzi z otworu rylcowo-sutkowego (*foramen stylomastoideum*), nerw podjęzykowy rozszczepiono i wszyto weń nerw twarzowy. Po $1^1/_4$ roku skutek nienajgorszy, który z czasem napewno jeszcze się poprawi. *A. B.*

Jansen. **Ropień nadoponowy z zaburzeniami w mowie u dorosłego.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1908, str. 304). Autor opisuje przypadek ropnia nadoponowego nieznacznej wielkości w lewej średniej jamie czaszkowej, wywołującego już objawy ucisku mózgowego i zaburzenia w mowie. Ponieważ zaburzenia w mowie przy ropniach nadoponowych przytrafiają się wyjątkowo, autor w swym przypadku rozpoznawał ropień w płacie skroniowym, a dopiero zabieg operacyjny wyjaśnił sprawę. Po opróżnieniu ropnia ustąpiły w kilku dniach zaburzenia w mowie, podobnie i inne objawy, które autor uważa za uciskowe. *A. B.*

Ino Kubo. **O właściwem pochodzeniu i doszczętnem operowaniu pojedynczych polipów tylnych nozdrzy** (*choanae*). (*Archiv f. Laryng.* Tom XXI, str. 82). Na podstawie czterech przypadków własnych stwierdza autor zgodnie z innymi, iż polipy nozdrzy tylnych mają często swój początek w jamie szczękowej, a w celu doszczętnego ich usunięcia, stwierdziwszy napewno początek polipa w jamie szczękowej, otwiera autor jamę od strony dołu kłowego (*fossa canina*), by tą drogą zniszczyć przyczepienie polipa i uniknąć nawrotów. (Nie można się zgodzić z postępowaniem autora, jako wrzekomo jedynie racyonalnem, gdyż i drogami naturalnemi, przedewszystkiem od strony jamy nosowo-gardłowej, operując pętlą, zdołamy polipa wydobyć wraz z jego przyczepem w całości, a nawet choćby przyszło do ponownego rozrostu polipa ku nosowi lub ku jamie nosowo-gardłowej, należy raz i drugi powtórzyć zabieg zachowawczy i chyba wyjątkowo zdecydować się trzeba będzie na otwieranie samej jamy szczękowej; a wtedy droga przez dół kłowy szczęki będzie najodpowiedniejszą. *Przyp. spraw.*). *A. B.*

Heermann. **Prosty sposób zapobiegania wciąganiu skrzydeł nosowych.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* 1908, str, 165). W celu zapobiegania wciąganiu skrzydeł nosowych, zaleca autor zakładanie dobrze ugniecionej kulki z waty, pokrytej waseliną borową, do przedniej części przedsionka tz. uchyłka (*recessus apicis nasi*). Kulka ta z waty jest skryta tak, iż jej z zewnątrz nie widać, a odpowiada zupełnie celowi, bo chorzy mogą ją nosić zarówno w nocy, jak i w dzień. Szczególną wartość ma to podczas snu, gdy wciąganie skrzydeł nosowych utrudnia oddychanie nosowe. *A. B.*

Położnictwo i ginekologia.

F. Commandeur. **Zapalenia ropne opon mózgowych, jako powikłanie ciąży, porodu i połogu.** (*L'obstétrique* Nr 8, 1908). Cierpienie to wydarza się przeważnie u wieloródek i to pod koniec ciąży, podczas porodu oraz w pierwszych dniach połogu. Występuje ono najczęściej w następstwie zapalenia płuc lub je poprzedza. Etyologia tej choroby nie różni się wiele od etyologii jej poza stanem ciąży. Anatomicznie zawsze napotykano na oponach ropę, czy to w wielkiej ilości, czy tylko wzdłuż naczyń lub wreszcie w postaci wysepkowych nalotów, łatwo się zdjąć dających, usadowionych zarówno na półkulach jak i na podstawie mózgu. Na oponach rdzenia podobne zmiany spostrzegano tylko w 4 przypadkach. Przebieg kliniczny przeważnie nietypowy jest częstą przyczyną pomyłek rozpoznawczych, tak, że przeważnie rozpoznanie rozstrzyga dopiero obraz sekcyjny. Najczęściej cierpienie to bywa brane za rzucawkę porodową, a to wskutek zjawiających się silnych bolów głowy i drgawek. Ból głowy jest zwykle pierwszym objawem tej choroby, jest silny i wzmaga się stale. Co do drgawek, to mogą być one już to częściowe, już też ogólne, występują zaś nieregularnie tak co do trwania jak i przerw i siedziby. Najstalszym objawem jest śpiączka (*coma*), poprzedzająca stale zejście śmiertelne. Kilkakrotnie spostrzegano podniecenie z silnem rzucaniem się chorej, również rozszerzenie źrenic, już to samo, już też z równoczesną ich nierównością. Z innych objawów przytoczyć należy sztywność karku, wymioty, gorączkę o rozmaitym torze, wzmożoną pobudliwość. Odruch rzepkowy bywa zniesiony lub wzmożony. Z wyjątkiem 3 przypadków z wynikiem ujemnym, stale można było przez nakłucie lędźwiowe stwierdzić zmiany drobnowidowe płynu mózgowo-rdzeniowego. Cierpienie to można pomieniać z rzucawką porodową, mocznicą, manią połogową i histeryą. Ból głowy przy zapaleniu opon jest bardzo silny, ciągle się wzmaga, natomiast przy rzucawce porodowej zachowuje się pod tym względem rozmaicie. Drgawki występują przeważnie w pewnych grupach mięśni głowy i członków, nie uogólniając się, jak przy rzucawce. Śpiączka (*coma*) w rzucawce występuje bezpośrednio po napadach drgawek i często ustępuje w przerwach, tutaj jest ona zjawiskiem końcowem, poprzedzającem śmierć. Bredzenia są bardzo gwałtowne z omamami i zaciekłem bronieniem się chorej. Białko może zjawić się w moczu, brak jednak towarzyszących rzucawce obrzęków. Dalej ma wartość rozpoznawczą nierówność źrenic i wejrzenie płynu mózgowo-rdzeniowego, który często jest mętny, zawierając wielką ilość ciałek wielojądrzastych. Może on jednak mimo zapalenia opon wyglądać prawidłowo. Choroba wybucha nagle, przebieg i rozwój jej bywa bardzo szybki, średnio trwający 3—4 dni. Wszystkie dotąd ogłoszone przypadki skończyły się nieszczęśliwie. Możemy więc mówić jedynie o rokowaniu co do zdrowia dziecka, które prawie zawsze umiera dopiero po i wskutek śmierci matki. Choroba matki nie zdaje się wywierać wpływu na zdrowie dziecka. Daje to więc wskazanie, by przy

zapaleniu opon u matki pamiętać o wydobyciu dziecka żywego. Wobec szybkiego przebiegu choroby nadają się w tym celu jedynie zabiegi szybkie, jak forsowne rozszerzenie ujścia ręczne lub przyrządem Bossiego, cięcie cesarskie i to zdaniem autora lepiej brzuszne, jako dające najlepsze szanse dla dziecka. Wahania co do operacyi uważa autor za zbyteczne, bo matka nie ma nic do stracenia, kieruje nami więc jedynie wzgląd na dziecko.

Dr Stanisław Przybylski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 2. grudnia 1908.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Członków obecnych 31.

1) Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia i przyjęto go do wiadomości.

2) Kol. Kostecki przyjęty został jednogłośnie na członka Towarzystwa.

3) Doc. Gliński przedstawił okazy anatomo-patologiczne **rozlanego naczyniaka wątroby, mięsaka żołądka,** jak również **zwężenia przełyku po zadziałaniu kwasu solnego.**

4) Prof. Rosner przedstawił **preparat ciąży bliźniaczej monochorialnej** (owodnię z dwoma pęcherzykami i przewodami żółtkowymi), przyczem tłómaczył powstawanie bliźniąt monochorialnych, ilustrując je odpowiedniemi tablicami.

W dyskusyi zabrał głos kol. Godlewski Emil jun. i zgodził się z teoryą, wygłoszoną przez prelegenta o powstawaniu ciąży bliźniaczej monochorialnej.

5) Dr Cetnarowski wygłosił zapowiedziany odczyt: **O pęknięciach macicy wśród ciąży.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał głos Prof. Rosner, mówiąc o pęknięciu macicy z końcem ciąży w miejscu blizny po cięciu cesarskiem. — Podobny przypadek spostrzegał Dr Owsiński. — Kol. Wojciechowski zapytuje o wielkość i kształt blizny po pęknięciu macicy w przypadku kol. Cetnarowskiego.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 27 października 1908 r.

1) Malinowski Feliks przedstawił wyniki badań swych nad **próbą Wassermana.** Przedstawiają się one w sposób następujący: U cierpiących na przymiot: *a*) próba dodatnia + 65, *b*) próba ujemna — 15, *c*) nie całkowicie dodatnia ± 18; razem 98. U niezarażonych przymiotem: *a*) próba dodatnia + 5, *b*) próba ujemna — 53, *c*) niecałkowicie dodatnia ± 3; razem 61. Prócz tego na 5 prób u paralityków i tabetyków 4 razy otrzymano wyniki ujemne, a raz wynik niecałkowicie dodatni. Mowca sądzi, że próby Wassermana nie można uważać za swoistą, gdyż widywał ją i u ludzi, którzy nie byli chorzy na przymiot. Ani okres przymiotu, ani też obecność objawów lub leczenie nie wywierają wybitniejszego wpływu na wyniki próby.

W dyskusyi podnosi Wojciechowski niezgodność wyników badań prelegenta z danemi statystycznemi innych badaczów. Badania nad surowicą chorych na płonicę stwierdziły, że w cierpieniu tem odchylenia komplementu niema. Bauer metodę Wassermana uprościł, używając do odczynu wyciągu z serca świnki morskiej i surowicy z tegoż zwierzęcia. Uproszczona metoda Bauera daje wyniki bardzo stałe i jest o wiele przystępniejsza i pewniejsza od sposobów, podawanych dotąd. Jak obecnie, odczyn Wassermana następuje tylko przy kile, jest on bardzo pewny, jakkolwiek sama sprawa pozostaje jeszcze niewyjaśnioną.

Karwacki zaznacza, że próba Wassermana niema znamion swoistości biologicznej. Metoda Bordet-Gengou, która jest podstawą próby Wassermana, nie daje stałych wyników nawet wtedy, gdy używamy określonej surowicy przeciwdrobnoustrojowej i danego gatunku bakteryi (nieudane próby różniczkowania przecinkowców cholerycznych i rzekomocholerycznych, laseczników kwasoodpornych, otoczkowców). Jeszcze mniej pewne wyniki otrzymuje się w zakażeniach samoistnych; surowica chorych na dur, gruźlicę, złączona z odpowiedniemi hodowlami, może wiązać komplement lub nie działać nań zgoła. Przechodząc do przymiotu, zaznaczyć należy, że w miejsce antygenu swoistego (tkanki przymiotowej) można używać wyciągu najrozmaitszego pochodzenia, tkanek zdrowych, dalej mydeł, lecytyny, a mimoto próba wypada dodatnio. Stąd wniosek, że wynik próby Wassermana nie zależy bynajmniej od ciał swoistych istniejących w surowicy dotkniętych przymiotem, a związanych genetycznie z krętkiem bladym, lecz od czynników zgoła odmiennych. Czynnikiem tym mogą być fermenty cytolityczne, zjawiające się w zakażonym ustroju wskutek rozpadu komórek narządowych, powstającego dzięki krętkom. Praktyczna wartość próby zwęża się znacznie wskutek tego, że próba Wassermana może wypaść dodatnio w gruźlicy, sprawach nowotworowych, trądzie, płonicy, dając natomiast wielki odsetek wyników ujemnych w przymiocie niewątpliwym, lecz badanym w okresie odległym od czasu zakażenia.

Wiceprezes Gabszewicz zapytuje prelegenta, czy w przypadkach, gdzie stosowano próbę Wassermana, zawsze w wywiadach stwierdzano niewątpliwy przymiot, i czy ją stosowano wtedy, kiedy istniały pewne objawy miejscowe w późnych okresach przymiotu. Próba ta dla chirurgów miałaby bardzo doniosłe znaczenie pod względem rozpoznawczym, szczególniej w okresach późnych, gdy rozpoznanie sprawia nieraz poważne trudności.

Bregman zwraca uwagę na to, że liczby prelegenta, dotyczące wiądu rdzenia i porażenia postępującego, są w sprzeczności ze statystyką innych autorów. Według statystyki, podanej na tegorocznym Zjeździe neurologów przez Nonnego, a opartej na 150 przypadkach cierpień organicznych układu nerwowego, otrzymuje się dodatni odczyn Wassermanna w 75% przypadków wiądu, a 95% porażenia postępującego. Liczby te odnoszą się do badań surowicy krwi, natomiast w cieczy mózgowo-rdzeniowej odczyn dodatni wypadł w wiądzie 50%, w porażeniu postępującem 90%. Ciekawem jest zjawisko, że w przymiocie mózgowo-rdzeniowym badanie cieczy mózgowo-rdzeniowej daje zwykle odczyn ujemny; spostrzeżenie to posiadać może ważne znaczenie w różniczkowaniu pomiędzy przymiotem, a porażeniem postępującem. W cierpieniach układu nerwowego niemetasyfilitycznych, jak n. p. stwardnienie wieloogniskowe, prawie zawsze odczyn wypada ujemnie.—W odpowiedzi zaznacza Malinowski, że próbę Bauera i innych na zasadzie własnych badań uważa za gorszą, niż Wassermanna. Ujemne wyniki próby Wassermanna wcale nie przemawiają przeciw rozpoznaniu przymiotu, obecność objawów nie wpływa na wyniki próby. Z 5 prób nad płynem mózgowo-rdzeniowym M. zaledwie raz otrzymał odczyn niecałkowicie dodatni, pozostałe 4 próby dały wyniki ujemne.

2) Skłodowski odczytał pierwszą część pracy p. t. **O rozpoznaniu i wskazaniach do leczenia operacyjnego kamicy nerkowej niepowikłanej.** Prelegent podał krótkie streszczenie czterech przypadków, spostrzeganych przez siebie, poczem rozpatrzył objawy omawianego cierpienia i poddał ocenie krytycznej wartość rozpoznawczą poszczególnych objawów klinicznych.

F. L.

Z wycieczki do uzdrowisk południowych.

III.

Z wielką niecierpliwością oczekiwaliśmy poranku dnia 17. listopada, albowiem półtoradniowe kołysanie się na niespokojnem morzu dało się nam porządnie we znaki. Gdyby ktoś mógł i chciał robić spostrzeżenia nad chorobą morską, mógłby widzieć na pokładzie statku najklasyczniejsze jej przypadki, poczynając od zawrotu głowy i utraty zdolności do ruchu, skończywszy na wymiotach i upadku duchowym. Niektórzy jednak z kolegów, a szczególniej, co dziwna, starsi wiekiem, znosili morze tak znakomicie, że, pomimo potężnego kołysania się, czuli się na statku, jak w najlepszym hotelu, jedli i spali znakomicie. A jednak i oni byli już zadowoleni, kiedy w mdłem świetle wstającego poranka ujrzeli groźne obwarowania portu Malty, Valetty.

Malta, był to najdalej na południe wysunięty punkt, jaki mieliśmy zwiedzić w naszej podróży. Nie odczuwaliśmy jednak wcale, że jesteśmy już jednak na równej wysokości z północną częścią Sahary. Malta tworzy rozległe płaskowzgórze o pokładach wapiennych, przerzniętych przez pięć małych rzeczek; woda ich nie wystarcza dla 200.000 prawie ludności, tak, że w porze ulewnych deszczów zbierać ją muszą na zapas w cysterny. Roślinność, jakkolwiek południowa, nie jest tak bujna, jak na Korfu lub później widzianej Sycylii. Przyczyną tego mają być silne wiatry,

panujące na wyspie, a szczególniej sirocco, wiejący przez cały wrzesień. Od maja do sierpnia trwa gorące lato; niebo wtedy bez chmurki, ciepłota w słońcu dochodzi do 45° C., średnia roczna ciepłota wynosi 19° C. Zima rozpoczyna się w grudniu i trwa do lutego (średnia ciepłota 12° C.) i wtedy padają gwałtowne, nagłe i ulewne deszcze. 75% opadów przypada na czas zimowy.

Ludność tutejsza, mężczyźni silni, ruchliwi, o ciemnych twarzach, kobiety zaś wątłe i małe, mówią żargonem arabsko-greckim. Językiem urzędowym jest naturalnie język angielski. Ludność, przeważnie katolicka, trudni się rybołostwem i żeglarstwem, szczególniej połowem korali, hoduje pszenicę, kartofle, bawełnę i owoce, a ze zwierząt przedewszystkiem słynnego osła maltańskiego. Władza jest w ręku gubernatora i rady przybocznej, złożonej z 20 członków (z tego 10 wybieranych przez ludność). Główne miasto Valetta, nazwane tak od założyciela, mistrza zakonu Lavalette, tworzy silnie obwarowany i groźny dla statków nieprzyjacielskich port wojenny angielski, nadzwyczaj ważny również jako stacya węglowa dla statków handlowych.

W samem mieście niewiele do widzenia. Zwiedzaliśmy szpital wojskowy, który nam zaimponował wielkością i powietrznością sal, czystością, a nawet pewnym zbytkiem w urządzeniu. Chorzy żołnierze czysto i z poczuciem estetyki ubrani, wspólne stoły jadalne nakryte czystym obrusem i ubrane kwiatami, teatrzyk dla rozrywki chorych, obrazy po ścianach i t. d. i t. d. Zwiedzaliśmy katedrę św. Giovanniego (św. Jana) z nagrobkami mistrzów maltańskich, kaplicę podziemną, ubraną kośćmi poległych rycerzy, pałac gubernatora z przepyszną zbrojownią, a w końcu o 7 kilometrów odległy szpital dla trędowatych, gdzie mogliśmy podziwiać najrozmaitsze odmiany trądu. Tutaj również pokazano nam lasecznika gorączki maltańskiej, choroby, tutaj mocno rozpowszechnionej, chociaż o rokowaniu niezłem. Przenosi się ona z mlekiem kóz, tak, że od czasu, gdy w wojsku zakazano używania tego pokarmu, żołnierze jej zupełnie nie dostają. Istnieją tu również zakłady badania mleka zapomocą swoistej surowicy; jednem słowem rząd stara się wszelkimi sposobami usunąć panowanie tej choroby na wyspie. Jako uzdrowisko Malta nie jest zupełnie odpowiednią z powodu prawie stale tu panujących silnych wiatrów.

Burza z piorunami i grzmotami, szalony, choć ciepły, wicher i fala wysokości przeszło piętrowej, to była niespodzianka, którą nam przygotowało morze w czasie przeprawy między Maltą, a Sycylią. Na szczęście choroba morska ma tę wielką zaletę, że natychmiast po ukazaniu się dalekiego jeszcze brzegu zmniejsza się, wraca apetyt i chęć poznania nowych krajów. Była to zresztą ostatnia noc, którą spędziliśmy niespokojnie; odtąd pogoda dopisywała nam stale, a podróż po gładkiem, jak jezioro, morzu, zatarła wszystkie wspomnienia doznanych obaw i wrażeń. Wśród prześlicznej już pogody i letniego prawdziwie ciepła wysiedliśmy na ląd Sycylii, aby tu zwiedzić trzy miejscowości Syrakuzy, Messynę i Palermo. Sycylia, leżąca między 36° a 39° połudn. szerokości, jestto najżyźniejsza i najbardziej zamieszkała wyspa Morza śródziemnego. Koło Messyny dzieli ją od lądu stałego cieśnina, szeroka zaledwie na 3 kilometry, tak, że nawet ludzie, najbardziej na morze wrażliwi, mogą koleją prawie dojechać na miejsce, tembardziej, że pomiędzy Messyną a Villa s. Giovanni kursują statki, biorące cały pociąg kolei żelaznej na swój pokład. Całe północne wybrzeże Sycylii jest zamknięte od lądu przez łańcuch gór, których zakończeniem od wschodu jest wspaniała, 3300 m. wysoka Etna. Środkowa i południowa część Sycylii tworzy jedno olbrzymie płaskowzgórze, 600—700 m. wysokie. Klimat Sycylii ma już charakter afrykański, złagodzony, szczególniej na północnem i wschodniem wybrzeżu, przez bliskość morza. Średnia ciepłota roczna waha się między 15—19° C., zimowa 7—12, letnia zaś 21—26° C. Opadów bardzo niewiele (650 mm.) i to przeważnie w porze zimowej. Śniegi widoczne tylko na szczycie Etny.

Całe wybrzeże północne nadaje się najwięcej dla pobytu chorych, zasłonięte od wiatrów lądowych przez łańcuch gór. Roślinność tu wprost wspaniała, o charakterze podzwrotnikowym, jakkolwiek tylko na pobrzeżu, w środku bowiem wyspy roślinność przybiera charakter stepowy. Ludność tutejsza jest mieszaniną, w której trudno się zoryentować, bo oprócz pierwotnej ludności, przesiedlonej tu z lądu stałego, byli tu Grecy, Fenicyanie, Arabowie, Germanowie i t. d. Najrozmaitsze koleje, jakie przeszła Sycylia w historyi, pozostawiły tu wszędzie ślady tak między ludnością, jak i w mnóstwie zabytków. Najwięcej ich i najciekawszych jest w Syrakuzach, mieście tyranów i Archimedesa, które niegdyś miało podobno milion mieszkańców! Tutaj pokazują znakomicie utrzymany stary teatr grecki, gdzie widać jeszcze 46 rzędów siedzeń, trzeci swego czasu co do wielkości w Grecyi. Amfiteatr rzymski, kościół św. Giovanniego, wmurowany w pozostałości doryckiej świątyni, katakumby z IV. stulecia ze śladami fresków, kolumn i kapiteIów w ścianach, a wreszcie jedyne w swoim rodzaju latomie (kamieniołomy) ze słynnem uchem Dionizosa i bajeczną roślinnością, to ciekawe pozostałości z czasów świetności Syrakuz. Dziś miasto liczy zaledwie 32.000 mieszkańców, uderza jednak swoją czystością, a także wschodnim charakterem swoich budowli i widoków. Lekarze tutejsi przyjęli nas w latomiach podwieczorkiem i winem miejscowem Muskat, a panie nasze różami, zrywanemi w końcu listopada wprost z krzaków. Ucho Dyonizosa odbijało echem słowa toastów i gromadnie śpiewanej pieśni «Gaudeamus igitur«.

Niestety nie udało się nam zwiedzić Taorminy, podobno jednej z najpiękniej położonych miejscowości na świecie; burza, która nam poprzedniej nocy dokuczała, zniszczyła połączenia kolejowe. Dlatego zatrzymaliśmy się krótko w Messynie, aby przez słynną Scyllę i Charybdę popłynąć do przepięknego Palermo.

W Messynie zwiedziliśmy klinikę tamtejszego uniwersytetu. Dyrektorem oddziału wewnętrznego jest Prof. Gabbi, ginekologicznego Prof. Guzzoni degli Ancarani, chirurgicznego Prof. D'Urso. Budynek kliniczny dość stary, czysty, sale mają mnóstwo światła i powietrza. Urządzeniem przypomina nasze szpitale prowincyonalne. Uczniów koło 90, nauka odbywa się tylko przez jedno półrocze, trwające od grudnia do lipca. W zaokrągleniu ścian, w umywalniach, zresztą ręcznie odkręcanych, widać dążenie do aseptyki.

Palermo, stolica Sycylii, leży na jej północno-zachodniem wybrzeżu, nad Golfo di Palermo, w słynnej z żyzności i łagodnego klimatu kotlinie »Conca d'oro«. Osłonięte przez łańcuch wysokich gór (Monte Pellegrino, Catalfano) od wiatrów lądowych, ma klimat o bardzo nieznacznych różnicach ciepłoty dziennych i miesięcznych. Średnia ciepłota wynosi we wrześniu 23° C., w październiku 19·3, listopadzie 15·5, grudniu 12·3, styczniu 10·9, lutym 11·1, marcu 12·5, kwietniu 14·9° C. Największe deszcze, a jest ich podobno dużo, padają w grudniu, styczniu i lutym. Miasto duże, o zakroju nowożytnym, poza niem w stronie północno-zachodniej mnóstwo will wśród prześlicznej zieloności. Najlepiej czują się tu chorzy na przewlekły nieżyt oskrzeli z wrażliwą błoną śluzową, rozedmą płuc, a wreszcie z rozpoczynającą się gruźlicą szczytów.

Wypuszczam z mojego opisu wycieczki Neapol i Rzym, gdyż to temat i za obszerny i nie nadający się zupełnie do opisu w czasopiśmie lekarskiem. Wspomnę tyle, że w okolicy Neapolu leży największe zdrojowisko włoskie, Castellamare, o wodach działających przeczyszczająco i moczopędnie. W zatoce neapolitańskiej jest często również odwiedzana wyspa Ischia, mająca cieplice pochodzenia wulkanicznego, zawierające obok chlorku sodu węglan i siarkan sodowy. Z Rzymu udaliśmy się na Korsykę, do Ajaccio, miejsca urodzenia Napoleona. Dom i mieszkanie jego rodziców, kanapę, na której Napoleon miał ujrzeć światło dzienne i inne pamiątki po nim przechowują dotąd na Korsyce z wielkim pietyzmem. Ajaccio samo leży nad głęboko w ląd wrzynającą się zatoką, otoczone zewsząd wysokiemi górami, pokrytemi wspaniałą roślinnością. Zatoka otwarta jest na południe. Góry otaczające składają się przeważnie z granitu, podobnie jak i teren, na którym leży Ajaccio; nie ma więc zupełnie tak dokuczliwego w niektórych uzdrowiskach kurzu. Zima w Ajaccio ma być średnio o 1½ stopnia cieplejszą, niż na Rivierze, a przytem ciepłota ma być stalszą, o małych różnicach dziennych (5—6°). Ilość dni deszczowych od października do kwietnia wynosi 40—44, jest więc bardzo mała. Szczególniej łagodne mają być na Korsyce wieczory, czem nie każde uzdrowisko może się pochwalić. Część południowa Korsyki ma być niestety zimnicza. Miasto samo stosunkowo czyste, kilka ulic i placów szerokich; punkt środkowy miasta tworzy wspaniała aleja olbrzymich palm.

Z Ajaccio zrobiliśmy śliczną wycieczkę powozami na szczyt wysokiej góry, po drodze, prowadzącej nad przepaściami, do zamku byłego ambasadora francuskiego w Petersburgu, którego nazwiska nie pamiętam. Stąd widok iście czarowny na całą zatokę i morze, otaczające Korsykę.

Z żalem zbliżałem się do Nicei, a właściwie do jej portu Villefranche, gdyż to był koniec mojej podróży morzem. Patrząc na wynurzające się wprost z wody słońce, na bajeczną grę kolorów na gładkiej jej powierzchni, na ozłocone pierwszymi promieniami brzegi »Cote d'Azur«, żegnałem Thalię, która zdążała majestatycznie do przystani. Ponieważ część wycieczkowców opuszczała już okręt, kapitan pożegnał nas uroczystym obiadem, a wieczorem w Villefranche ozłocił czyste linie Thalii tysiącem świateł elektrycznych.

Nicea, zdaniem mojem, zupełnie nie nadaje się na uzdrowisko. Za wiele tu krzyku, hałasu, automobilów i sklepów jubilerskich, a w końcu — za blizko Monte Carlo, aby chory, potrzebujący wypoczynku, mógł go tu rzeczywiście znaleść. Punktem głównym miasta jest »Promenade des Anglais«, gdzie nieustanny ruch, wspaniałe toalety, dzwonki tramwajów i syreny automobilów przypominają raczej Paryż, niż miejsce kąpielowe. Nicea ma zresztą zbytkowne hotele i wszelkie urządzenia zdrowotne, dużo słońca, mało deszczów i zimę nadzwyczaj łagodną. Wiatry, wpadające przez otwór, jaki tworzy w łańcuchu gór od lądu potok Paillon, wzniecają tumany kurzu wapiennego na ulicach Nicei. Więcej nadają się dla chorych jej przedmieścia St. Etienne i St. Philippe, oraz Carabacel.

Całe wybrzeże olbrzymiej zatoki genueńskiej, począwszy od Cannes aż do Livorno i dalej, to jeden szereg will i hoteli, miejscowości, piękniejszych jedna od drugiej, odwiedzanych przez szukających zdrowia w tym boskim klimacie. Aby to wszystko zwiedzić i opisać, trzebaby tu bawić całe miesiące. Ja zatrzymałem się dłużej tylko w S. Remo, miejscu, przez swoją znakomitą osłonę od wiatrów najwięcej nadającem się dla chorych. Góry, wznoszące się tarasowato do wysokości 2500 m. otaczają nieprzerwaną ścianą S. Remo z trzech stron i wrzynają się głęboko po obu stronach w morze. Na południe otwarta jest kotlina na morze, skąd dopływa powietrze, przesycone parą wodną. Średnia roczna ciepłota wynosi tu 16·5° C., średnia dzienna w listopadzie 12·7, grudniu 9·5, styczniu 9·1, lutym 11·5, marcu 12·1, kwietniu 19·7. Średnie wahanie między maximum i minimum w tych miesiącach 2·28° C. Miasto samo ma 32 tysiące stałych mieszkańców i dzieli się na część starą i nową. Część stara, leżąca wysoko i oddzielona zupełnie od części nowszej, to typowe miasto włoskie z wązkiemi uliczkami, pnącemi się ku górze. Część nowa, leżąca nad brzegiem morza, nie pozostawia nic do życzenia pod względem komfortu w urządzeniu. Szereg pięknych hoteli i will, leżących wśród prześlicznych ogrodów, przeważnie palmowych, może zadowolnić wszelkie wymagania. Ale przedewszystkiem niema tu tego ruchu i zgiełku, jak w Nicei, miasto spokojne, w części nowej bardzo czyste, powietrza do zbytku. Nad brzegiem ciągną się dwie długie drogi, podobnie jak w Abacyi, służące do przechadzek i naturalnych wdychiwań rozpylonej wody morskiej. Widziałem tu chorych, którzy tu, z początkiem grudnia, przesiadywali bez okrycia całemi godzinami, rozkoszując się słońcem i widokiem życia na morzu. Zresztą posiada S. Remo wodociąg i inne urządzenia zdrowotne, a dla rozrywki kasyno, w którem odbywają się koncerta i przedstawienia teatralne. Cena utrzymania się wyniesie tyle, co w naszych zdrojowiskach. *Dr St. Lewicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Brak lekarzy w służbie krajowej, poruszony niedawno przez sejmową Komisyę sanitarną, był, jak donosi »Kuryer lw.« (591) przedmiotem obrad Izby lekarskiej wschodnio-gal. w dn. 12. XII. b. r. W dyskusyi podnoszono, że brak n. p. lekarzy-psychiatrów jest skutkiem bardzo lichej płacy w zakładach krajowych przy bardzo ciężkiej w nich pracy; to samo odnosi się do braku kandydatów na posady lekarzy okręgowych, pobierających przeważnie ledwo 1000—1200 K rocznej płacy; okręgi sanitarne tworzy Wydział krajowy, nie zasięgając opinii Izb lekarskich (jak to bywa w innych krajach), a często w takich miejscowościach, gdzie lekarz wogóle utrzymać się nie może; konkursa na posady okręgowe rozstrzygane bywają zupełnie dowolnie i zeszły na czczą formalność; stypendya dla lekarzy, w służbie krajowej pozostających, na studya zagranicą, rozdawane bywają bez konkursu; lekarzom okręgowym wytacza się sprawy dyscyplinarne z pominięciem wszelkiej pragmatyki służbowej. Wydział krajowy wkracza przytem nieraz w kompetencyę Izb lekarskich i orzeka o uchybieniach przeciw etyce lekarskiej, nakładając nieuzasadnione kary dyscyplinarne. Izba uchwaliła wnieść w tej sprawie do Wydziału kraj. i Sejmu memoryał i ogłosić go publicznie. *R.*

O zawodzie lekarskim wypowiedział zajmujące uwagi Prof. Bollinger w mowie, wygłoszonej przy objęciu rektoratu w Monachium. W ostatnich dziesiątkach lat upada powaga i znaczenie stanu lekarskiego. Przyczyny dopatruje się B. w nienormalnym rozwoju specyalizacyi, w trudnych warunkach bytu i w przepełnieniu wydziałów lekarskich słuchaczami. Pierwszym warunkiem poprawy jest podniesienie poziomu zawodu »lekarskiego« w ogólnem tego słowa znaczeniu, a więc położenie nacisku na praktyczne kształcenie studentów we wszystkich działach wykonawstwa lekarskiego (obowiązkowy rok praktyki szpitalnej przed nadaniem dyplomu) i ciągłe kształcenie się lekarzy, których zawód bez tego staje się »mechanicznem zarobkowaniem«. Dalsze kształcenie się ułatwiają lekarzom kursa uzupełniające, zjazdy i t. p. Państwo uwzględnia obecnie niestety tylko owo »zarobkowanie« lekarzy i normując je ustawami, podobnemi do ustaw dla innych »zarobkujących«, spycha stan lekarski na niższy poziom. Tworzące się związki lekarzy dążą do poprawy bytu i do wywalczenia lekarzom samodzielności, bez której nie można myśleć o należytej działalności stanu lekarskiego. *X.*

Prace lekarskie na zamówienie fabryk. Wobec zarzutów, że fabryki chemiczne opłacają lekarzy, by wydawali korzystne opinie o nowych środkach lekarskich, ogłosił Związek największych niemieckich fabryk przetworów chemicznych oświadczenie, że nietylko uważa takie postępowanie za nieetyczne, ale także za wprost szkodliwe dla interesów fabryk. Przez takie niezasłużone hymny pochwalne traci publiczność tylko zaufanie do fabryk. Co do honoraryum za pracę, to Związek wyraża przekonanie, że u uczciwego badacza nie wpływa ono zupełnie na to, jakie wnioski ze swych badań wysnuje i ogłosi. *X.*

»Aerztliche Standeszeitung«, wychodząca w Wiedniu, zmienia redaktora. W miejsce Dra H. Grüna obejmuje redakcyę Dr C. Tschenett.

Izba lekarska morawska zawiesiła swe czynności wskutek ustąpienia 11 jej członków, Czechów, dotkniętych tem, że telegram hołdowniczy w dniu jubileuszu cesarskiego wysłano tylko po niemiecku, co narusza równouprawnienie językowe, obowiązujące w tej Izbie. *R.*

Przymiot, jako choroba zawodowa u lekarzy, ma o tyle odrębne znaczenie, że często lekarz zakaża się przymiotem drogą taką, która na siebie nie zwraca uwagi. Blaschko wykazał n. p., że najczęściej zakażają się lekarze kiłą na palcach (operowanie kiłowych dymienic, poronień i t. p.). Naturalnie zakażenia te bywają bardzo późno rozpoznawane, czego następstwem bywa znów cięższy przebieg choroby. Nierzadko pojawia się kiła na palcach w początkach w postaci ropienia (panaritium). Często przypadkowo odkrywa się kiłę u lekarza, n. p. gdy rana nie chce się goić, lub cierpienie jakieś opiera się wszelkiemu leczeniu. O podobnym przypadku wspomina Heermann (Essen), gdzie lekarz, nie wiedząc nic o tem, cierpiał na kiłowe schorzenie błędnika i zakaził własną żonę, prowadząc u niej poród. Dlatego też Heermann sądzi, że gdy rana jakaś u lekarza nie goi się dobrze, nigdy nie należy zapominać o możliwości ukrytej kiły. Celem ochrony radzi Blaschko przy badaniu i operowaniu kiłowych uważać bardzo na ręce i nigdy zanadto nie maltretować ich szczotką, a po zabiegu dopiero ręce dokładnie odkazić, lub też używać rękawiczek. Każdą rankę na palcu należy wypalić 2—3% rozczynem azotanu srebrowego i pokryć kollodionem lub włożyć palec gumowy. Każdą zaś podejrzaną rankę wymyć, a potem zajodynować lub wypalić termokauterem lub zastosować elektrolityczną igłę. Oczywiście, gdy objawy chorobowe u lekarza mogłyby zaszkodzić chorym, powinien lekarz przerwać swe zajęcie. *X.*

W sprawie gruźlicy uchwaliły Izby lekarskie bawarskie zwrócić się do rządu z następującym projektem: 1) Ponieważ dzieci są bardzo skłonne do gruźlicy, przeto byłoby pożądane, by lekarze pouczali siły nauczycielskie o sposobie rozszerzania się i objawach gruźlicy, badali nauczycieli i chorych na gruźlicę usuwali ze szkoły. 2) Usunięcie ze szkoły ma na celu leczenie nauczyciela przez odesłanie go do odpowiedniego zakładu. 3) Przed objęciem posady powinien kandydat nauczycielski udowodnić świadectwem lekarza urzędowego, że nie jest chory na płuca. 4) Klasztory, przyjmujące chorych członków kongregacyi, nie mogą równocześnie służyć jako zakłady wychowawcze dla dzieci. 5) We wszystkich restauracyach, szynkowniach, hotelach i t. p. należy umieszczać zakazy spluwania na podłogę, nadzorować urządzenia, jadalnie, kuchnie i t. p. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. do 19. XII. b. r. doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 9, Porohy 2), Brody (Ponikwa 1), Jaworów (Ożomla 6, Zawadów 4), Lisko (Krzywe ad Tworylne 1), Nadwórna (Nadwórna 1, Potok czarny 4), Peczeniżyn (Kosmacz 2), Śniatyn (Rożnów 1), Stryj (Synowódzko w. 4). *Dr T.*

(Dr Adam Rawski, lekarz okręgowy w Lutowiskach, o którego zarażeniu się durem osutkowym przy zwalczaniu tej epidemii w Smolniku donosiliśmy w Nrze 51, przebył, jak się dowiadujemy, szczęśliwie tę chorobę).

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 13. do 19. XII. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 5; zmarło osób 50 (w tem obcych 16), z nich z gruźlicy 10 (3), zapalenia płuc 11 (3), błonicy 1 (1), płonicy — (—), odry 3 (2), duru brzusznego — (—). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. do 19. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 14 † 1 (w tem obcych 7 † 1), krztuśca 5 (1), płonicy 8 (1), odry — † 3 (— † 2), duru brzusznego 5 (2). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. do 19. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 3 † 1, płonicy 42 † 5 (1 † —), odry —, duru brzusznego 4 † — (1 † —).

Dr Legeżyński.

Cholera w Rosyi. Od 16. do 20. XI. 1908 zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 223 († 84). W Petersburgu obecnie znów się epidemia wzmaga. Badanie wody wodociągowej z filtrów miejskich (nieoczyszczanych od 12 lat!), wykryło w niej przecinkowce choleryczne. (St. Pet. med. Woch. 48). *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. *Otrzymujemy następującą odezwę:*

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego powziął myśl założenia Muzeum historycznego medycyny polskiej. W niem mają się gromadzić przedmioty, dotyczące nauki i zawodu lekarskiego, farmaceutycznego i aptekarskiego z krajów polskich od najdawniejszych czasów aż do obecnej doby. Instytucya taka da obraz historycznego rozwoju medycyny polskiej, jej wpływu na społeczeństwo, zachowa dzieła i pomysły byłych i obecnych pracowników dla przyszłych pokoleń i będzie podstawą i zachętą dla przyszłych badaczy na polu historyi medycyny polskiej. Wprawdzie istnieją u nas księgozbiory lekarskie, lecz te przechowują tylko książki, i to przeważnie odnoszące się do wykonawstwa lekarskiego. Istnieje jednak jeszcze wiele przedmiotów w zawodzie lekarskim, których biblioteki nie przyjmują, a które dla historyi rozwoju medycyny posiadają wielką wartość. Przedmioty takie po zgonie lekarza pozostają najczęściej w rodzinach bez użytku, narażone na zniszczenie, po strychach i składach. Najmniejszy nieraz przedmiot, dziś uważany za nic nieznaczący, może nabrać w przyszłości znacznej wartości historycznej, nawet i ogólnej.

Przedmioty, które Muzeum historyczne z zakresu nauk lekarskich i farmaceutycznych gromadzi, są między innymi następujące:

Dzieła drukowane lub pisane polskie, albo też w obcym języku, wydane przez autorów polskich, odbitki prac, czasopisma lekarskie i farmaceutyczne, artykuły i wzmianki lekarskie i farmaceutyczne w czasopismach politycznych i innych, rękopisy, statuty towarzystw lekarskich i aptekarskich, sprawozdania z ich działalności, sprawozdania ze zjazdów lekarskich, odezwy, opisy podróży i wycieczek lekarskich, zapiski, korespondencye, bilety, recepty, świadectwa, dyplomy, adresy, upominki, listy pochwalne, odznaczenia, ordery i medale; plany i opisy szpitali, zakładów leczniczych i zdrojowisk lekarskich polskich, stare inwentarze, rozporządzenia i dokumenta sanitarne władz, wiadomości o partactwie lekarskiem i t. p. Portrety, sztychy, fotografie pojedyncze i zbiorowe lekarzy i zakładów. Następnie przyrządy i preparaty pomysłu lekarzy, aptekarzy i bandażystów polskich, rysunki lub modele tych przyrządów, przyrządy, używane przez lekarzy w Polsce w różnych epokach i t. d.

Zapewne niejeden z wyliczonych przedmiotów znajduje się w posiadaniu Wielmożnego Pana, lub Jego powinowatych, albo znajomych Mu rodzin. Ofiarowanie go do powstającego Muzeum będzie nie tylko darem, złożonym na ołtarzu zawodu lekarskiego i naszego społeczeństwa, ale i upominkiem dla przyszłych pokoleń.

Muzeum historyczne medycyny polskiej przyjmuje także stosowne przedmioty w depozyt, wydając w takim razie poświadczenia.

Przedmioty ofiarowane uprasza się nadsyłać na ręce Prof. W. Jaworskiego do Kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. (Kopernika 15), gdzie się mieści zbiór, który można w soboty przed południem od godz. 10—11 oglądać.

Upraszamy o powtórzenie niniejszej odezwy we wszystkich czasopismach polskich.

Dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jag.	Zawiadowca Muzeum histor. medycyny polskiej
Prof. *L. Wachholz.*	Prof. *W. Jaworski.*

Lwów. Fizykat miejski przedstawił magistratowi wnioski, zmierzające do ulepszenia nadzoru nad środkami żywności. W sąsiedztwie głównego targu, w ratuszu, ma być urządzona filia miejskiej pracowni chemicznej dla doraźnych bezpłatnych badań artykułów targowych. Zakłady wytwórcze i handle środków spożywczych mają być nadzorowane przez osobnych »komisarzy targowych«, wykształconych w tym celu w rządowym zakładzie badania środków żywności w Krakowie.

— W komisaryatach dzielnicowych miasta mają być urządzone osobne sale obserwacyjne celem tymczasowego pomieszczenia osób chorych, zanim lekarz miejski ich nie zbada i nie odeśle do odpowiedniego zakładu.

— Dr Witold Nowicki habilitował się z zakresu anatomii patologicznej.

— Kursa dla lekarzy, urządzone w grudniu b. r. przez Wydział lekarski lwowski, powiodły się bardzo dobrze. W kursach uczestniczyło 36 lekarzy, mianowicie 16 z Królestwa polsk. i prowincyi zabranych, a 20 ze Lwowa i z Galicyi. Odbyły się prawie wszystkie zapowiedziane kursa. Przy zakończeniu kursów wręczyli uczestnicy Prof. Drowi Raczyńskiemu, urządzającemu kursa, następujące pismo: »Chcąc dać wyraz głębokiej wdzięczności naszej dla Szanownych Profesorów i ich asystentów za pracę i gorliwość w prowadzeniu wykładów, my, uczestnicy tegorocznych kursów lekarskich we Lwowie, składamy 225 koron na budowę »Domu lekarskiego lwowskiego«.

— Koledzy, prowadzący kurs dla lekarzy w Klinice lekarskiej, ofiarowali przypadające im za kurs czesne w kwocie 290 24 koron na budowę domu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

— Na dorocznem Walnem Zgromadzeniu »Koła medyków« wszechnicy lwowskiej w d. 5. XII. b. r. wybrany został prezesem p. Kożuchowski, wiceprezesem J. Zaorski, skarbniczką B. Całczyńska, bibliotekarzem S. Pospischil, sekretarzem J. Tworkowski.

— Lwowskie Stowarzyszenie kupców i młodzieży handlowej podjęło myśl stworzenia sanatoryum przeciwgruźliczego dla pomocników handlowych, na które uzyskało już w darze grunt w Worochcie.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie zawiadamia nas, że, po odbytych w listopadzie dwóch zebraniach ogólnych, skład jego zarządu jest następujący: Prezes Aleksander Jabłonowski, wiceprezes Samuel Dickstein, sekretarz Towarzystwa Władysław Janowski. Przewodniczący Wydziału I B. Chlebowski, Wydziału II W. Miklaszewski, Wydziału III Józef Eismond; członkowie z wyboru: Maryan Jakowski, Jan Kochanowski, Feliks Kucharzewski, Jan Lewiński, Sławomir Miklaszewski i Jan Tur. Skarbnikiem jest Feliks Kucharzewski, redaktorem od 1. stycznia 1909 r. Jan Tur.

— Materyały do mianownictwa dentystycznego polskiego zbiera komisya słownikowa warsz. Towarzystwa odontologicznego (przewodniczący Wł. Zieliński, Warszawa, Senatorska 4).

— Miasteczko Drobin w Królestwie polskiem poszukuje lekarza.

Z różnych stron. Akademia lekarska w Paryżu przyznała w r. b. nagrody dwojgu z naszych rodaków: nagrodę Tremblaya Dr. B. Motzowi z Paryża za pracę p. t. »Recherches anatomo-cliniques sur les affections de la prostate«, nagrodę Vernoisa Dr. J. Joteykównej z Brukseli za pracę p. t. »Enquete scientifique sur les végétariens de Bruxelles«.

— Porządek dzienny jubileuszowego posiedzenia »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu, ku czci Prof. Szawłowskiego, Ziemackiego i Dra Zakrzewskiego w d. 5/18. XII. 1908, obejmował następujące punkta: 1) Prof. Zaleski: Zarys naukowej działalności jubilatów. 2) St. Wisłouch: Zjawiska samoświecenia u roślin. 3) Inż. Chmielewski: O jeziorach słonych nadkaspijskich.

— Dyplomy lekarskie uzyskali w Dorpacie byli słuchacze uniwersytetów warszawskiego i krakowskiego pp.: Feliks Ficki, Stefan Kamiński, Jerzy Rogoziński (z odznaczeniem), Henryk Rueger, Stefan Stalkowski, Władysław Szwedowski, Euzebiusz Turkiewicz i Jan Wyganowski.

— II. międzynarodowy Zjazd sądowo-psychiatryczny odbędzie się w Giessen 13. do 18. kwietnia 1909.

— W Berlinie otwarto dla publicznego użytku stałą wystawę pielęgnowania chorych, (jedyną dotąd istniejącą w tym zakresie) w »Kaiserin-Friedrich Haus«.

— »Deutsche mediz. Wochenschrift« (51) stwierdza z ubolewaniem, że nadmierna specyalizacya zaczyna się zjawiać także w czasopiśmiennictwie lekarskiem. Już gdy poczęło wychodzić pismo p. t. »Epilepsia«, wyraziła »Deutsche med. Wochs.« obawę, iż zaczną się mnożyć pisma, poświęcone jednej tylko chorobie (!); istotnie właśnie powstało drugie pismo podobne p. t. »Malaria«.

— W Erlangen powstało »Towarzystwo prawniczo-lekarskie«, zajmujące się zagadnieniami, stojącemi na pograniczu obu tych grup nauk.

— Osobne »pokoje lekarskie« w nowych budynkach szkolnych postanowiło urządzić dla lekarzy szkolnych miasto Schöneberg.

— Duńsko-francuska wyprawa dla badania trądu wyjeżdża z początkiem r. 1909 do Indyi zachodnich pod kierunkiem Prof. Ehlersa z Kopenhagi.

— Opłakane stosunki sanitarne istnieją w wielu okręgach Syberyi z powodu zupełnego braku lekarzy, a nawet felczerów. Chwilową poprawą było zesłanie wielu lekarzy na Syberyę po okresie niepokojów politycznych w Rosyi europejskiej, ale obecnie czas zesłania wielu kończy się i ludność znowu pozbawiona będzie wszelkiej opieki lekarskiej. W okręgu Ochockim są okolice, gdzie od 3 lat sroży się czerwonka, na którą mieszkańcy, zwłaszcza dzieci, »padają, jak muchy«, a gdzie niema nawet felczerskiej pomocy. (St. Pet. med. Wochs. 48).

Mianowani: Doc. Czystowicz z Petersburga profesorem anatomii patolog. w Kazaniu, Doc. Woskreseński profesorem chirurgii operacyjnej w Charkowie.

Powołani: Higienista Prof. Rubner w Berlinie na katedrę fizyologii; Prof. Flügge z Wrocławia na katedrę higieny do Berlina; dermatolog Prof. E. Hoffmann z Berlina na dyrektora polikliniki w Halle.

Zmarli: Neurolog Prof. Popow w Tomsku; neurolog Dr Beevor w Londynie;

Dr Julian Kosmowski, pochodzący z Siedlec, w Archangielsku.

Zapiski bibliograficzne. W. Weresajew. **Na wojnie.** (Tłomaczenie polskie B. Trembińskiej. Warszawa, nakł. J. Fiszera). Każdy, kto czytał już jakąkolwiek rzecz Weresajewa, pozna i w tej książce zaraz to samo pióro, rzucające na papier z dziwną pod tym względem finezyą wszystkie najczarniejsze odcienie sprawy, która zajmuje autora. W swej nerwowej werwie nie cofa się W. przed podkreślaniem złych stron swych rodaków, przed chwaleniem wyższości wroga, wytyka brutalność lekarzy wojskowych, ich urzędowość, przekupstwo, powtarzając nawet słowa pewnego oficera: »W Rosyi wszystko, co prawne, otoczone jest trudnościami, a chyba po to, by ludzie popełniali bezprawia«. Weresajew nieraz w satyrze swej nie szczędzi niczego i nikogo, zapomina, że to wojna, że tu ludzie są w innych warunkach życia, które często paczą i najlepsze charaktery, i że uczciwości nie można wymagać na wojnie od tych, którzy i w pokoju jej nie mają. Jaskrawo kreśli W. niedołężny zarząd sanitarny, na czele którego stali nie-lekarze, wtrącający się ciągle do spraw, o których pojęcia nie mieli. Służbistość, pisanina, to główne punkty, których wymagano. Do opatrunku chorego należy przystępować w pełnym mundurze i »przy szabli«, ale za to nie troszczy się nikt o to, że chorzy marzną na śmierć w nieopalonych wagonach sanitarnych, że niema wody na rozpuszczenie sublimatu w szpitalu i t. p. Książka, napisana potoczyście, nuży jednak powtarzaniem tych samych szczegółów. Jak i inne tłomaczenia z rosyjskiego, tak i to ma wadę, że starając się oddać ducha języka rosyjskiego, nie umie często uniknąć usterek przeciw duchowi języka polskiego. *K.*

Kalendarz lekarski Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy gal. we Lwowie obejmuje prócz kalendaryum tylko statut Towarzystwa wzaj. pomocy, opis jego zakresu działania i schematyzm korporacyi i Towarzystw lekarskich, zaopatrzony krytycznemi uwagami redakcyi kalendarza, nie wszędzie liczącemi się ze ścisłością informacyi. Cały kalendarz ma wyraźne cechy wydawnictwa agitacyjnego i nie uzasadnia tytułu: Kalendarz »lekarski«. *Z.*

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jodofan. Dr Grünbaum, dermatolog z Berlina (*Monatsschr. f. Hautkrankh.* 1908, H. 9.) opisuje doświadczenia, zebrane na podstawie 45 przypadków, leczonych jodofanem. Autor podnosi działanie pobudzające ziarninę, sprowadzające szybsze wyleczenie przy zanokcicy, ropniach i po operacyi zropiałych gruczołów pachwinowych. Przy ranach zakażonych oparzelinowych i wskutek zacięcia ujawnia się działanie silnie bakteryobójcze. Przed jodoformem ma jodofan tę zaletę, że jest zupełnie bez zapachu, a działa wyraźnie odwaniająco, co G. stwierdzał przy opatrywaniu zropiałych gruczołów pachwinowych i szczególnie przy cuchnącym ropniu pośladkowym. Opatrunek można pozostawić wskutek tego dłużej, niż to się przy jodoformie zwykle stosuje. Na wrzody goleni wpływa jodofan bardzo korzystnie. Uzyskiwano niekiedy wyleczenie jodofanem tam, gdzie przez miesiące całe inne środki zawodziły. Przy wrzodziankach wywołuje jodofan, posypany w cienkiej warstwie, skłonność do wyleczenia, a przez posypanie w warstwie grubej dokoła, chroni skórę otaczającą przed nowem powstaniem wrzodzianki. Podrażnienia nigdy G. nie spostrzegał, a także nie stwierdził nigdy objawów zatrucia. G. poleca przetwór ten (wyrób inst. chem. Dra Horowitza) do małej chirurgii i dermatologii. *Hr. W.*

Pyrenol. Dr Julius Wenzel, sekund. zakł. lecz. w Oberhollabrun (Dyrektor B. v. Winiwarter), stosował pyrenol w 21 przyp. włóknikowego zapalenia płuc. Oprócz pyrenolu stosowano tylko jeszcze zabiegi wodolecznicze, względnie w okresie odpowiednim krzyżownicę (*senega*). Dokładne historye chorób. Zmarło 2 chorych. U jednego z nich powikłanie w postaci zapalenia wsierdzia, u drugiego były suchoty daleko posunięte. Zawsze stwierdzano powolny, nie szybki spadek ciepłoty i liczby tętna. Poty przy tem nieznaczne, a uczucie podmiotowe poprawia się wkrótce znacznie. Pyrenol okazał się zawsze dobrym środkiem skrzepiającym serce.

Przy dusznicy oskrzelowej stwierdzał W. wpływ wybitny na napad, jakoteż wpływ zapobiegawczy. W niektórych przypadkach sprowadzał pyrenol wyraźną ulgę tam, gdzie kali jod., strammonium, belladona i t. p. zawodziły. Pyrenol nie wywołuje osłabienia czynności serca, może przeto znaleźć szerokie zastosowanie.

Wybitne miejsce zdobył sobie pyrenol w leczeniu grypy, rozpoczynającej się zwykle od objawów gośćcowych i od nerwobólów. *Hr. W.*

L. 3.388. **KONKURS**

na posadę **lekarza okręgowego** w Warężu mieście z płacą 1.200 Kor. ryczałtem na objazdy 600 Kor. rocznie. Okręg obejmuje 20 gmin z ludnością około 15.000 dusz. W tej dość zamożnej okolicy niema lekarza, — więc praktyka prywatna rozległa.

Podania zaopatrzone w metrykę, dyplom lekarski i świadectwo zdrowia oraz odbytej praktyki mają być wnoszone do 18 stycznia 1909 na ręce Wydziału powiatowego. 425

Sokal, dnia 10 grudnia 1908.

Wice-prezes:
W. Kruszewski.

L. 2.736.

KONKURS.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 3 września br. L. 88.182 Myślenicki Wydział powiatowy rozpisuje ponownie konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Sułkowicach z płacą roczną 1.200 Kor. i ryczałtem na objazdy 600 Kor.

Do okręgu w Sułkowicach należą gminy i obszary dworskie: Sułkowice, Bęczarka, Biertowice, Bysina, Bieńkówka, Budzów, Głogoczów, Jasienica, Jawornik, Krzyszkowice. Krzywaczka, Rudnik i Wola Radziszowska z ludnością 18.000 dusz.

Lekarz okręgowy w Sułkowicach obowiązany jest utrzymywać aptekę domową.

Podania o nadanie tej posady wnosić należy do Wydziału powiatowego w Myślenicach w terminie do końca lutego 1909 r. i udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego, dostateczną fizyczną zdatność starającego się o posadę, nieprzekroczone 40 lat życia, prawo obywatelstwa austryackiego, nieskazitelny charakter, znajomość języków krajowych, praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim i dołączyć dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

Z kandydatów mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzamin fizykacki.

Myślenice, dnia 7 grudnia 1908. 427

Z Wydziału Rady powiatowej.

Sekretarz: Prezes:
Klebert.

L 3.356.

KONKURS.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 21 listopada br. L.: 117590 Myślenicki Wydział powiatowy rozpisuje konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Zawoji przy Makowie z płacą roczną 1600 Kor., a to: z funduszu powiatowego 1.000 Kor., a z funduszów gminnych 600 Kor., i ryczałtem na objazdy z funduszów krajowych 400 Kor.

Okręg w Zawoji obejmuje tylko dwie gminy z obszarami dworskimi a to: Zawoję z ludnością 5.737 dusz i Skawicę 1.891 dusz.

Lekarza okręgowego w Zawoji jest obowiązkiem utrzymywać aptekę domową.

Podania o tę posadę wnosić należy do Wydziału powiatowego w Myślenicach w terminie do końca lutego 1909 r. i po myśli §. 7 dz. u. kr. Nr. 17 z r. 1891 udowodnić oprócz dostatecznej fizycznej zdolności nie przekroczone 40 lat życia, prawo obywatelstwa austryackiego, nieskazitelny charakter, znajomość języków krajowych, praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim i dołączyć dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

Z kandydatów mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Myślenice, dnia 2 grudnia 1908. 426

Z Wydziału Rady powiatowej

Sekretarz: Prezes:
Klebert.

L. 3.363.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Żywcu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Jeleśni.

Posada ta na razie prowizorycznie zostanie nadaną a po roku prowizorycznej służby orzecze Wydział krajowy o jej stabilizacyi.

Do okręgu sanitarnego w Jeleśni należą gminy: Jeleśnia, Juszczyna, Koszarawa, Przyborów, Korbielów, Krzyżowa, Sopotnia mała, Sopotnia wielka, Przyłęków, Świnna, Pewel mała, Pewel wielka, Mutne, Hucisko i Rychwałdek z ludnością 16·890 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę roczną 1·200 Kor. i ryczałt na objazdy 600 Kor. rocznie.

Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Kandydaci na tę posadę winni wnieść podania do Wydziału powiatowego w Żywcu w terminie do końca stycznia 1909.

W podaniu należy wykazać:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplom doktora medycyny;

3) Nieskazitelny charakter i znajomość języków kraj.;

4) Nieprzekraczalny wiek 40 lat i praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

5) Świadectwo zdrowia.

Między kandydatami mieć będą pierwszeństwo ci, którzy się wykażą nieprzerwaną dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym albo egzaminem fizykackim..

Żywiec, dnia 4 grudnia 1908. 428

Z Wydziału powiatowego.

Prezes:
E. Udziela.

LW. kr. 122.523.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę **Dyrektora** szpitala powszechnego w Bóbrce z płacą 1.400 (tysiąc czterysta) Kor. rocznie.

Posada ta nadaną będzie stale po upływie roku służby prowizorycznej i połączona jest z prawem do emerytury.

W podaniu o powyższą posadę, które ma być wniesione najpóźniej do 15-go stycznia 1909 wprost do Wydziału krajowego, względnie za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej, zamieścić należy krótki opis przebiegu życia, dołączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich jednego z Uniwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 lat życia, tudzież inne świadectwa lub dokumenta wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie i dotychczasową działalność kandydata a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

We Lwowie, dnia 9 grudnia 1908. 336

Z Rady Wydziału krajowego Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

Piotrowski.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.